

Estágio realizado no Instituto Português de Reumatologia

Doenças Reumáticas - Osteoartrose

**Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Exercício e Saúde**

Orientadora: Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Júri:

Presidente

Professora Doutora Flávia Giovanetti Yázigi

Vogais

Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Doutor Augusto Manuel da Costa Faustino

Guilherme Estremina Brandão Ferreira

2018

Agradecimentos

-À professora Margarida Espanha pela sua disponibilidade, orientação e constante transmissão de conhecimentos e de oportunidades de crescimento profissional e pessoal.

- Ao Doutor Augusto Faustino pela orientação e apoio prestado no Instituto Português de Reumatologia.

-À Faculdade de Motricidade Humana por toda a bagagem de conhecimentos fornecida ao longo do mestrado.

-À minha colega de estágio que partilhou esta experiência enriquecedora comigo.

-À minha família e amigos por todo o apoio ao longo desta etapa da minha vida.

Resumo

Doenças Reumáticas são doenças crónicas e progressivas que provocam lesão no sistema locomotor e que levam a uma incapacidade do doente, reduzindo significativamente a sua qualidade de vida. São a principal causa de incapacidade em países desenvolvidos consumindo uma enorme percentagem dos recursos sociais e de saúde.

Osteoartrose é a doença crónica das articulações mais comum, afetando a cartilagem articular provocando dor, inchaço e problemas na movimentação das articulações. Exercício físico é uma componente fundamental na gestão da patologia, auxiliando a perda de peso, melhorando a aptidão física e reduzindo os seus sintomas.

Doentes devem ser encorajados a praticar exercício físico de forma regular através de treino aeróbio e de força, devido aos seus efeitos anti-inflamatórios a longo prazo.

O estágio curricular decorreu no Instituto Português de Reumatologia com o objetivo de adquirir conteúdos teóricos relativos às doenças reumáticas, avaliar a aptidão física através de testes físicos, avaliar o nível de atividade física, qualidade de vida e sintomas associados à sua saúde e patologia específica, aconselhar e educar o paciente para o exercício físico e identificar as principais barreiras para o mesmo, implementar um programa domiciliário de exercício para os doentes do internamento e caracterizar a população do internamento.

Palavras chave: Doenças Reumáticas; Osteoartrose; Exercício e Inflamação; Exercício Físico; Aptidão Física; Dor; Qualidade de vida; Prescrição de exercício; Barreiras de adesão; Programa Domiciliário

Abstract

Rheumatic Diseases are chronic and progressive diseases that cause damage to the locomotor system and lead to patient disability, significantly reducing their quality of life. They're the major cause of disability in developed countries, consuming a huge percentage of social and health resources.

Osteoarthritis is the most common chronic joint disease, affecting joint cartilage causing pain, swelling and joint movement problems. Physical exercise is a key component in pathology management, helping in the weight loss process, improving physical fitness and reducing its symptoms.

Patients should be encouraged to exercise on a regular basis through aerobic and strength training due to their long-term anti-inflammatory effects.

The curriculum internship took place at IPR with the goals of acquiring theoretical knowledge related to rheumatic diseases, assessing physical fitness through physical tests, assessing quality of life and symptoms related to health and specific pathology, advising and educating the patient to physical exercise and identifying their main barriers to it, apply a home-based exercise program and characterize the study population.

Keyword: Rheumatic Diseases; Osteoarthritis; Exercise and inflammation; Physical exercise; Physical fitness; Pain; Quality of life; Exercise prescription; Adhesion barriers; Home-based program

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Índice de Tabelas	VI
Índice de Figuras	VII
Índice de Anexos	VIII
Lista de Abreviaturas.....	IX
1.Introdução	1
2. Enquadramento	3
2.1. Motivação para o Estágio	3
2.2. Objetivos do Estágio	4
2.3. Caracterização do local de estágio	4
2.3.1. Caracterização da população alvo	7
2.4. Revisão da Literatura	7
2.4.1. Doenças Reumáticas	7
2.4.1.1. Epidemiologia das doenças reumáticas	8
2.4.2. Osteoartrose.....	10
2.4.2.1. Sintomatologia.....	10
2.4.2.2. Tratamento.....	12
2.5. Exercício Físico nas Doenças Reumáticas.....	12
2.5.1. Exercício e Inflamação.....	13
2.5.2. Exercício físico na Osteoartrose.....	15
2.6. Barreiras de adesão ao Exercício Físico	18
3. Atividades de Estágio	19
3.1. Realização da Prática Profissional	19
3.1.1. Metodologia da Intervenção.....	19

3.1.2. Metodologia da Avaliação	27
3.2. Outras atividades realizadas ao longo do ano	32
4. Estudo de investigação exploratório	33
4.1. Hipóteses e objetivos de estudo	33
4.1.1. Amostra Geral	33
4.1.2. Amostra com Osteoartrose	33
4.1.3. Programa Domiciliário	33
4.2. Análise Estatística	33
4.3. Resultados	35
4.3.1. Amostra geral	35
4.3.2 Amostra com Osteoartrose	44
4.3.3 Efeitos do Programa Domiciliário	48
4.4 Discussão dos Resultados	49
4.4.1 Amostra Geral	49
4.4.2 Osteoartrose	51
4.4.3 Programa Domiciliário	51
5. Conclusão e Reflexão final	53
Bibliografia	55
Anexos	61

Índice de Tabelas

Tabela 1: Prescrição de exercício física para Artrite (Adaptado de ACSM, 2017).....	17
Tabela 2: Atividades realizadas ao longo do ano académico	19
Tabela 3: Questionários comuns aplicados aos doentes do internamento do Instituto Português de Reumatologia.	27
Tabela 4: Questionários específicos aplicados aos doentes do internamento do Instituto Português de Reumatologia.	27
Tabela 5: Testes físicos aplicados aos doentes do internamento do IPR.....	31
Tabela 6 : Caracterização sociodemográfica, IMC e MS e MI mais doloroso da amostra geral.	35
Tabela 7: Caracterização da amostra de acordo com patologia e grupo DR.	37
Tabela 8: Caracterização da aptidão física da amostra geral.	38
Tabela 9: Caracterização subjetiva (Questionários) da amostra geral.	39
Tabela 10: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis dor (BPI- severidade, interferência) e força e resistência dos MI.....	39
Tabela 11: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis dor (BPI- severidade, interferência, interferência da dor na capacidade para andar a pé) e velocidade da marcha.	41
Tabela 12: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis nível de AF e dor (BPI- severidade, interferência).....	42
Tabela 13: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis nível de AF e desempenho AVD.	43
Tabela 14: Caracterização da aptidão física dos doentes com OA.	44
Tabela 15: Caracterização subjetiva (Questionários) dos doentes com OA.	45
Tabela 16: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis rigidez articular e flexibilidade dos membros inferiores (esquerdo e direito).	46
Tabela 17: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis WOMAC (rigidez articular e dor) e força e resistência MI.	47
Tabela 18: Caracterização da aptidão física dos doentes do PD.	48
Tabela 19: Caracterização subjetiva (Questionários) dos doentes do PD.	48

Índice de Figuras

Figura 1: Fases de intervenção e respetivo time-line com os doentes do internamento do IPR.....	20
Figura 2: Fluxograma de Intervenção IPR.	23
Figura 3: Escala Analógica e Visual da Dor.	23
Figura 4: Exercícios de flexibilidade do Programa Domiciliário (retirado de Espanha et al., 2015).....	24
Figura 5: Exercícios de força do Programa Domiciliário (retirado de Espanha et al., 2015).....	24
Figura 6: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis severidade da dor e força e resistência dos MI.	40
Figura 7: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis interferência da dor e força e resistência dos MI.	40
Figura 8: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis severidade da dor e velocidade da marcha.	41
Figura 9: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis interferência da dor e velocidade da marcha.	42
Figura 10: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis interferência da dor na capacidade de andar a pé e velocidade da marcha.....	42
Figura 11: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis nível de AF e severidade da dor.	43
Figura 12: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis nível de AF e interferência da dor.....	43
Figura 13: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis nível de AF e desempenho AVD.	44
Figura 14: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis rigidez articular e flexibilidade ME.....	46
Figura 15: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis rigidez articular e flexibilidade MD.	46
Figura 16: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis rigidez articular e força e resistência MI.....	47
Figura 17: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis dor e força e resistência MI.	47

Índice de Anexos

Anexo 1: Folheto informativo	61
Anexo 2: Sessão Educativa	62
Anexo 3: Folha de Relatório Individual da Aptidão Física.....	65
Anexo 4: Folheto de Aconselhamento AF / EF	66
Anexo 5: Diário de treino	67
Anexo 6: Folha de explicação	68
Anexo 7: Questionário de caracterização do doente	69
Anexo 8: Questionário de caracterização do doente	70
Anexo 9: Questionário EQ-5D-3L	72
Anexo 10: Questionário HAQ.....	74
Anexo 11: Questionário IPAQ	75
Anexo 12: Questionário PB-E.....	76
Anexo 13: Questionário Escala de Estádios de mudança para o exercício	77
Anexo 14: Questionário WOMAC.....	78
Anexo 15: Questionário OSWESTRY	83
Anexo 16: Questionário BASDAI.....	86
Anexo 17: Questionário FIQ	87

Lista de Abreviaturas

AF- Atividade Física

AR- Artrite Reumatoide

BASDAI- Índice de Atividade de Bath para a Espondilite Anquilosante

BPI- Inventário Resumido da Dor

DR- Doenças Reumáticas

EF- Exercício Físico

EQ-5D-3L- EuroQol cinco dimensões três níveis

FIQR-P - Questionário Revisto de Impacto da Fibromialgia, versão Portuguesa

FMH- Faculdade de Motricidade Humana

HAQ - Health Assessment Questionnaire

IMC- Índice de Massa Corporal

IPAQ- Questionário internacional de avaliação da atividade física

IPR- Instituto Português de Reumatologia

MD- Membro direito

ME- Membro esquerdo

MI- Membro Inferior

MS- Membro Superior

OA- Osteoartrose

OSWESTRY- Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade

PB-E - Perceção de barreiras para o exercício

PD- Programa Domiciliário

RM- Repetição Máxima

Vo2R- Vo2 Reserva

WOMAC– Escala de avaliação da osteoartrose no joelho

1.Introdução

O seguinte documento foi redigido com o intuito de concluir a cadeira de estágio do 2º ano do Mestrado em Exercício e Saúde, no ramo de aprofundamento de competências Profissionais. O estágio curricular foi inicialmente composto por uma carga horária de 20 horas semanais no 1º semestre e 40 horas semanais no 2º semestre, tendo sido realizado na área das Doenças Reumáticas.

Este estágio vem finalizar e colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o ciclo académico. É um momento de enfrentar dificuldades possivelmente nunca sentidas anteriormente, fruto da inexperiência em termos profissionais. Estes obstáculos sentidos são, a meu ver, um momento fulcral na aprendizagem de qualquer estudante sendo importantíssimo, não só a sua tentativa de ultrapassar os mesmo ao longo do ano, mas também uma profunda reflexão no final relativo a todo este processo. Esta reflexão após o término do estágio curricular permite ao estudante refletir sobre os pontos positivos e negativos do mesmo, podendo neste momento ponderar sobre as estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades que se cruzaram no seu caminho e de uma forma mais calma, delinear novas soluções para esses mesmos problemas de modo a que, num futuro próximo seja capaz de as executar corretamente, atingindo um maior êxito profissional.

Com este relatório pretende-se então fazer uma reflexão do estágio curricular, descrevendo todas as atividades realizadas e refletindo sobre as mesmas, analisando e discutindo os dados obtidos ao longo do ano, fazendo ainda uma pequena abordagem às doenças reumáticas e ao exercício físico assim como às barreiras para a sua adesão.

2. Enquadramento

2.1. Motivação para o Estágio

Na fase em que tive de optar entre o ramo de investigação e o de aprofundamento das competências (estágio curricular) de modo a prosseguir os estudos referentes ao plano académico, a minha decisão foi simples. Optei sem qualquer receio seguir para o estágio curricular pois, na minha opinião é algo fundamental para o crescimento e aprendizagem de qualquer aluno, independentemente da sua área de estudo. É uma oportunidade de transferir todo o conhecimento adquirido ao longo do percurso académico para o mundo profissional. Apesar do ótimo trabalho realizado em inúmeras faculdades de modo a tentarem criar ao máximo situações práticas em que o aluno é confrontado com cenários possíveis de acontecer no contexto profissional, apenas realizando um estágio curricular é que teremos uma experiência completa relativa à vida profissional. É uma oportunidade de realmente sentir as dificuldades do contexto profissional e da área de estudo em específico, de perceber como está o nosso nível de conhecimento e de adquirir experiência e consequentemente novas competências, que serão determinantes para o futuro. O estágio é ainda uma enorme oportunidade para sair da nossa zona de conforto e eu acredito que são nestes momentos que nós mais aprendemos e crescemos não só em termos pessoais, mas também profissionais.

O meu interesse pelas Doenças Reumáticas (DR) como área que iria seguir no estágio curricular surgiu pela sua elevada prevalência em Portugal, pelas inúmeras patologias existentes assim como pelo facto de cada vez mais ser perceptível a importância do exercício físico na vida destes doentes. Assim sendo, decidi que queria saber mais sobre esta área e interligar o exercício físico (EF) com a interação com os doentes reumáticos.

Foi tendo em conta tudo o descrito em cima, que decidi seguir para o estágio curricular, na esperança de obter uma experiência enriquecedora em termos pessoais e académicos que farão com que me torne uma melhor pessoa e melhor profissional nos anos que se seguem.

2.2. Objetivos do Estágio

O estágio curricular é um momento para adquirir competências profissionais e desta forma foi necessário estabelecer objetivos, de modo a tornar esta experiência o mais enriquecedora possível, especificamente:

- Aquisição de conteúdos teóricos relativos às DR em particular à Osteoartrose (OA), Exercício e inflamação e aptidão física.
- Avaliação dos sintomas (dor, rigidez), nível de atividade física, aptidão física, qualidade de vida relacionada com a saúde e específica relacionada com a patologia.
- Preparação de sessões educativas com enfoque no controlo dos sintomas (dor), estratégias de proteção articular, gestão das atividades diárias em combinação com o exercício;
- Identificação de barreiras de adesão ao exercício físico (EF);
- Implementação de programa domiciliário (PD) para doentes do internamento para promoção da melhoria dos sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida;
- Construção de base de dados da população de internamento do Instituto Português de Reumatologia (IPR).

2.3. Caracterização do local de estágio

O estágio curricular do 2º ano do mestrado em Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) foi realizado no Instituto Português de Reumatologia (IPR).

O IPR é a maior unidade de Reumatologia de Portugal, sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social que desde 1948 se dedica ao estudo, investigação, prevenção e tratamento das doenças reumáticas, referenciando-se como a unidade com mais médicos, maior número de consultas, assim como de diárias de internamento e tratamentos no ramo da Medicina Física e Reabilitação (IPR, 2013a).

O IPR possui uma biblioteca especializada na área da Reumatologia que se integra no setor da Formação, Ensino e Investigação (IPR, 2013a). São diversas as atividades de formação incorporadas na instituição realçando-se o internato médico de Reumatologia,

estágios a médicos de outras especialidades e as jornadas internacionais do IPR, evento realizado anualmente e que conta com mais de 1300 participantes (IPR, 2013a).

A instituição está situada no concelho de Lisboa e possui duas localizações. A primeira situa-se na Rua da Beneficência, local onde decorreu o estágio sendo aquela que incorpora a unidade de internamento e onde são realizadas grande parte das consultas externas e análises/técnicas. A segunda encontra-se no Lumiar e é a sede do IPR, assim como a unidade de Medicina Física e Reabilitação (IPR, 2013b). Em conjunto dispõem de uma equipa multidisciplinar que possibilita a realização e o correto funcionamento dos seguintes serviços:

- Consultas
- Internamento
- Medicina física e de reabilitação
- Hospital de dia
- Exames/técnicas
- Serviço social (IPR, 2013c)

Relativamente às **consultas**, o IPR abrange:

-Consultas gerais de reumatologia;	-Artrite Reumatóide;
-Espondilartrites;	-Artrite recente;
-Espondilite Anquilosante;	-Doenças Ósseas-Metabólicas;
-Reumatismo Psoriásico;	-Reumatologia Pediátrica;
-Síndrome de Sjogren;	-Cardiologia Preventiva;
-Síndrome de Raynaud;	-Fisiatria;
-Síndrome de Behçet;	-Nutrição;
-Lúpus;	-Médico-Cirúrgica(Ortopedia) (IPR,2013d).

Esta instituição possui uma grande diversidade de **exames/técnicas**:

- infiltrações intra-articulares;
- microscopia do líquido sinovial
- capilaroscopia;
- ecografia músculo-esquelética
- análises clínicas;
- osteodensitometria
- teste patérgico;
- biopsias (IPR, 2013e).

Há cerca de 10 anos foi criado o **hospital de dia** do IPR onde doentes que efetuam terapêuticas endovenosas biotecnológicas ou bifosfonatos são seguidos, sendo realizado não só o tratamento, mas também avaliações de eficácia e vigilância de efeitos adversos servindo assim de apoio à Unidade de Ensaios Clínicos e funcionando como Centro de Investigação, permitindo a realização de vários trabalhos apresentados em congressos Nacionais e Internacionais (IPR, 2013f).

A **unidade de Medicina Física e Reabilitação** é um espaço em que além de atuar como auxílio ao tratamento do doente reumático, realiza atividades que permitem ao mesmo reestabelecer o equilíbrio físico, psíquico, vocacional e social de modo a que consiga reintegrar-se no seu meio social (IPR, 2013g). Funciona como unidade de apoio ao internamento e dispõe de fisioterapia (tratamentos em internamento e ambulatório), mesoterapia, podologia, consultas de fisioterapia, hidroterapia em piscina, terapia ocupacional, fabrica de ortóteses e classes terapêuticas (IPR, 2013h).

O **gabinete social** oferece um serviço social aos utentes com o intuito de promover condições justas e adequadas ao acompanhamento clínico e social (IPR, 2013i).

A **unidade de internamento** oferece todo o apoio necessário ao doente através de um apoio médico e de enfermagem 24 horas/dia assim como de outros especialistas de chamada como Cardiologista, Ortopedista e Gastrenterologista, apoio nutricional, psicológico e de assistência social, usufruindo ainda de uma unidade de Medicina Física e de Reabilitação específica para o internamento, blocos para Técnicas Reumatológicas, piscina aquecida e ainda a possibilidade de realizar diariamente exames de imagiologia e colheitas para análises (IPR, 2013j).

2.3.1. Caracterização da população alvo

A intervenção foi realizada junto dos doentes da unidade de internamento do IPR. Para esta unidade são selecionados utentes com grandes limitações funcionais ou até mesmo acamados, doentes em fase aguda da DR, em que o seu tratamento através da reabilitação intensiva assim como outras ações possibilitem a sua autonomia, doentes que necessitem de reabilitação pós-operatório precoce de modo a diminuir o tempo de internamento ortopédico e acelerar a sua recuperação, doentes graves com conectivite e/ou vasculite não controlável em consulta, que necessitem de início ou alterações terapêuticas e ainda aqueles que necessitem de diagnóstico urgente em situações graves (IPR, 2013j). O IPR possui 18 camas sendo que geralmente os doentes internados permanecem na instituição durante três a sete dias consoante a patologia, gravidade da sua limitação e o número de tratamentos a realizar (IPR, 2013j).

2.4. Revisão da Literatura

2.4.1. Doenças Reumáticas

Doenças Reumáticas (DR) são doenças crónicas e progressivas que provocam lesão no sistema locomotor e que levam a uma incapacidade do doente, reduzindo significativamente a sua qualidade de vida (Kłak, Raciborski, & Samel-Kowalik, 2016). As DR podem ainda definir-se como doenças e alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática, existindo neste momento mais de 100 DR que se podem dividir em vários subtipos, das quais fazem partes as **doenças inflamatórias** do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos, as **doenças degenerativas** das articulações periféricas e da coluna vertebral, as **doenças metabólicas** ósseas e articulares, as **alterações dos tecidos moles peri articulares** e as **doenças de outros órgãos e/ou sistemas** relacionadas com as anteriores, podendo estas doenças serem agudas, recorrentes ou crónicas (DGS, 2005). Este tipo de doença pode ser observada em qualquer faixa etária e género (apesar de as mulheres serem frequentemente mais afetadas), sendo que fatores como o excesso de peso, tabagismo, aumento da idade, fatores genéticos e certas ocupações que levam a um uso excessivo das articulações, podem aumentar o risco de desenvolvimento de uma DR (Johansson, 2005). São vários os sinais e sintomas que podem indicar uma DR entre eles uma constante dor nas articulações, deformação na articulação, perda de flexibilidade ou de amplitude de

movimento na articulação, inflamação indicada por um inchaço na articulação, vermelhidão, rigidez ou rubor, fadiga extrema, falta de energia, fraqueza ou sensação de mal-estar (Johansson, 2005).

2.4.1.1. Epidemiologia das doenças reumáticas

As doenças reumáticas (DR) estão entre as doenças crónicas não transmissíveis mais comuns, constituindo a principal causa de incapacidade em países desenvolvidos consumindo uma enorme percentagem dos recursos sociais e de saúde (Branco et al., 2016).

Estas doenças são, na União Europeia, a principal causa de dor e incapacidade severa e de longa duração, sendo que um estudo realizado na Europa em 2007, concluiu que 22% da população tinha, ou teria experienciado problemas duradouros no músculo, osso e articulações (EUMUSC, 2014). Este tipo de doenças provoca elevados custos no apoio social e de saúde dado que, sendo a principal causa de incapacidade e reforma no trabalho origina um significativo custo económico devido à baixa na produtividade, interferindo ainda seriamente com a qualidade de vida dos indivíduos detentores da patologia, assim como de amigos, família e dos seus próprios percursos profissionais. (EUMUSC, 2014).

Estudos epidemiológicos realizados desde 1976 em Portugal, evidenciando semelhança de resultados conferindo-lhes assim consistência, confiança e valor científico, reportam que as DR têm uma prevalência de cerca de 20 a 30%, constituindo a 1ª causa de incapacidade temporária, sendo ainda responsável por 17% dos casos de acamamento definitivo, 26% dos casos de necessidade de utilização de cadeira de rodas, 30% dos casos de mobilidade limitada ao domicílio, 40 a 60% das situações de incapacidade prolongada para algumas atividades da vida diária (AVD), 43% dos dias de absentismo laboral por doença e originando o maior número de reformas antecipadas por doença, de cerca de 35 a 41% do seu total (DGS, 2005).

Branco et al. (2016) na análise dos resultados do EpiReumaPT, o primeiro estudo de larga escala em Portugal relativo a DR baseado na população Portuguesa concluiu que as DR têm uma elevada prevalência no país e que o seu resultado é similar ao de outros países. Branco et al. (2016) afirma ainda que contrariamente a outros estudos realizados onde a osteoartrose foi a DR e músculo-esquelética mais prevalente, neste estudo foi a lombalgia a doença mais prevalente, sendo que este resultado pode derivar de uma

diferente metodologia utilizada no estudo, dado que no EpiReumaPT a OA foi dividida por segmentos corporais (mão, joelho e anca) sendo que a junção das suas prevalências origina um valor total de 19,1%, semelhante aos descoberto em estudos anteriores com as mulheres a obterem uma prevalência respeitante às DR superior que os homens.

Neste estudo foi ainda possível verificar que existiu um elevado número de indivíduos que possuíam sintomas de uma ou mais DR que nunca tinham sido diagnosticadas para as mesmas, o que pode ser justificado pelo escasso numero de reumatologistas em Portugal assim como pela falta de conhecimento da população para estas doenças, associando frequentemente os seus sintomas aos sintomas normais do envelhecimento (Branco et al., 2016). Esta falta de diagnóstico é acima de tudo verificada nas regiões mais interiores do país e nas zonas limítrofes dos grandes centros urbanos (Branco & Canhão, 2015).

Os doentes reumáticos são aqueles que entre os doentes crónicos apresentam uma maior incapacidade e pior qualidade de vida, com a Artrite Reumatoide e a Fibromialgia como as DR mais problemáticas (Branco et al., 2016). Manifestam ainda com maior frequência sintomas de depressão e/ou ansiedade comparativamente à população portuguesa em geral, assim como a doentes com outras patologias (Branco & Canhão, 2015).

Assim como mencionado anteriormente relativamente a outros países desenvolvidos e da Europa, também em Portugal o consumo dos meios de saúde com as DR são elevados, originando elevados custos económicos com estes doentes de modo a assegurar as suas consultas médicas, hospitalizações, cuidados domiciliários, tratamentos fisioterápicos e absentismo laboral (Branco & Canhão, 2015).

O número de Reumatologistas é escasso e a sua distribuição geográfica não é uniforme, tal como referido acima. Por conseguinte os meios materiais, humanos, físicos e financeiros disponíveis aos cuidados de saúde dos doentes com DR em Portugal é precário e caso não haja uma atitude de mudança face a estas adversidades, o aumento espectável de algumas destas doenças poderá agravar ainda mais esta situação (Branco & Canhão, 2015).

2.4.2. Osteoartrose

Osteoartrose (OA), por vezes denominada de doença degenerativa das articulações ou artrite degenerativa é a doença crónica mais comuns das articulações (Arthritis Foundation, 2018a). É uma doença que atinge fundamentalmente a cartilagem articular, que nutrida pelo líquido articular permite a correta lubrificação das articulações, facilitando os seus movimentos (LPCDR, 2014a). Numa articulação normal, a cartilagem cobre o final de cada osso, funcionando como uma superfície suave e deslizante para os movimentos ósseos atuando como um amortecedor para os mesmos, permitindo que os ossos se movimentem sem grande desgaste (Arthritis Foundation, 2018a). Na OA há uma redução da cartilagem provocando dor, inchaço e problemas a movimentar as articulações (Arthritis Foundation, 2018a). Para além da redução da cartilagem também se podem observar remodelação do osso subcondral, formação de osteófitos, lassidão ligamentosa, fraqueza dos músculos peri articulares e em alguns casos inflamação sinovial (Litwic, Edwards, Dennison, & Cooper, 2013). Estas alterações podem ocorrer devido a um desequilíbrio entre a destruição e formação de tecido ósseo (Litwic et al., 2013).

Apesar das causas da OA ainda não serem completamente compreendidas, pensa-se que esta seja uma resposta adaptativa e complexa das articulações ao stress biomecânico, genético e ambiental (Yázigi et al., 2013). Alguns riscos específicos da OA são obesidade, doença metabólica, sexo, etnia, nutrição, tabagismo, genética, densidade mineral óssea e função muscular (Litwic et al., 2013). Esta doença pode-se desenvolver em qualquer articulação, sendo mais afetadas as articulações do joelho, anca, mãos, vertebrae e pés (Litwic et al., 2013).

2.4.2.1. Sintomatologia

Os principais sintomas da OA são dor, rigidez, limitação de movimentos e em fases mais avançadas, deformações (LPCDR, 2014a). As articulações afetadas têm também tendência para inchar, especialmente após atividades prolongadas (Arthritis Foundation, 2018b).

A dor tem um ritmo, modo de atuar ao longo do dia denominado de ritmo mecânico. Deste modo as dores agravam-se ao longo do dia com movimentos e esforços, melhorando em momentos de repouso, especialmente quando se deitam (LPCDR, 2014a). A rigidez surge ao dar início aos movimentos, especialmente de manhã ao acordar e em

momentos de repouso, quando por exemplo, o doente está sentado e levanta-se, sendo uma rigidez de curta duração não ultrapassando os 30 minutos (LPCDR, 2014a). Ao contrário das deformações que tendem a ocorrer numa fase mais avançada da OA, as limitações de movimentos surgem precocemente.

A OA pode afetar diferentes zonas do corpo:

- **Ancas:** Dor é sentida na zona das virilhas ou glúteos e por vezes na parte interior do joelho/coxa.
- **Joelhos:** Sensação de “raspar” quando se move o joelho
- **Dedos:** Crescimento ósseo (osteófitos) no bordo das articulações pode provocar um inchaço, vermelhidão e sensibilidade nos dedos, com possibilidade de dor na base do polegar.
- **Pés:** Dor e sensibilidade é sentida na grande articulação junto à base do grande dedo do pé. Possibilidade de inchaço nos dedos e tornozelos (Arthritis Foundation, 2018b)

Todos estes sintomas mencionados acima provocam imensas dificuldades na realização de atividades comuns quer em casa como no trabalho, tornando certas atividades da vida diária muito complicadas de serem realizadas, sendo que atividades como conduzir um carro, abrir uma caixa de comida ou até movimentar um rato do computador se possam tornar quase impossíveis. Quando as articulações dos membros inferiores são afetadas os doentes podem ter dificuldade em andar, subir escadas ou levantar certos objetos. Em situações onde as articulações das mãos são afetadas, a doença pode dificultar em situações onde é necessário segurar objetos ou até em tarefas mais delicadas como por exemplo cozer com uma agulha (Arthritis Foundation 2018b).

Assim sendo, ao sentir os sintomas mencionadas acima, deve ser procurada ajuda médica e especializada de forma a realizar o tratamento correto de modo a evitar que a osteoartrose interfira de forma prejudicial no trabalho, assim como na vida social e familiar (Arthritis Foundation 2018b).

2.4.2.2. Tratamento

Apesar da OA não ter cura, existem tratamentos que permitem aos doentes fazerem uma vida perfeitamente normal.

Os objetivos do tratamento para a OA são:

- Educação do paciente;
- Alívio dos sintomas associados à patologia
- Redução da incapacidade;
- Evitar a progressão da doença (Espanha, 2013)

A osteoartrose não é tratada unicamente com medicação e fisioterapia sendo a educação do doente e o exercício físico medidas básicas do tratamento (LPCDR, 2014a).

O tratamento farmacológico para a dor e inflamação consiste na administração de analgésicos (orais e tópicos), anti-inflamatórios não esteroides, suplementos nutricionais e injeções intra-articulares (ácido hialurônico) (LPCDR, 2014b).

O excesso de peso provoca um maior stress nas articulações como os joelhos, anca, pés e zona lombar, sendo o controlo do peso fundamental no tratamento da OA. Desta forma a redução do peso pode provar uma diminuição das dores e limitar um maior desgaste das articulações, sendo que a regra base para a perda de peso consiste numa redução da ingestão calórica e um aumento da atividade física (AF) (Arthritis Foundation, 2018c).

2.5. Exercício Físico nas Doenças Reumáticas

Entende-se por atividade física (AF) qualquer movimento corporal produzido pelos músculos resultando num dispêndio energético, como por exemplo caminhar, jardinar e realizar atividades domésticas. O exercício físico (EF) representa uma subcategoria da AF e consiste num plano estruturado e repetitivo com o intuito de melhorar uma ou mais componentes da aptidão física (cardiorrespiratória, flexibilidade, força e resistência muscular), sendo exemplos de exercício físico a dança, modalidades como a ginástica aeróbia, hidroginástica ou exercício com cargas adicionais (Caspersen et al., 1985).

Doentes reumáticos devido às suas dores e limitações funcionais podem sentir maiores dificuldades na realização de AF devendo, no entanto, não descurar a sua realização, devido aos benefícios no controlo dos sintomas da sua patologia (ACSM, 2017).

Doentes com patologias reumáticas inflamatórias tendem a ser fisicamente menos ativos que a população saudável, sendo que com um estilo de vida sedentário aliado ao processo da sua patologia tendem a ter uma maior perda de massa muscular (sarcopenia) e acumular maiores quantidades de gordura visceral, o que pode levar a um aumento da inflamação sistémica, com a possibilidade de originar diversos problemas inflamatórios promovendo o desenvolvimento de diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, alzheimer assim como outras doenças originadas pela inatividade física (Benatti & Pedersen, 2015; ACSM, 2017). A fadiga é também muito comum em doentes com condições clínicas crónicas e uma baixa atividade física (Musumeci, 2015).

O EF pode desempenhar um papel fundamental no tratamento das doenças reumáticas ao otimizar a saúde mental e física, aumentando a energia, diminuindo o stress e melhorando o sono (Musumeci, 2015). O EF faz ainda com que os músculos ao redor das articulações se tornem mais fortes, diminui a perda de massa óssea e provoca uma melhor lubrificação da cartilagem das articulações, reduzindo assim a dor, inchaço e rigidez das mesmas (Musumeci, 2015).

2.5.1. Exercício e Inflamação

A inflamação tem sido caracterizada com um efeito duplo, necessitando de um equilíbrio entre o “saudável” estabelecido através de exercício físico (EF) regular e as atividades que provocam um aumento nos sintomas das doenças inflamatórias (Thomas, 2013). A influência do EF na inflamação é complexa e tem sido tema de estudo não só em populações saudáveis como também em populações com doenças reumáticas autoimunes e/ou inflamatórias (Thomas, 2013). Deste modo, Thomas (2013) realizou uma revisão da literatura com o intuito de ajudar os profissionais do exercício e da saúde a compreenderem os efeitos do exercício nos marcadores inflamatórios, assim como transmitir recomendações e opções de tratamento baseadas no EF aos praticantes com doenças reumáticas (DR) ou inflamatórias.

O EF induz respostas das citocinas locais e sistêmicas no tecido muscular esquelético, existindo uma mistura de resultados relativos aos efeitos do exercício de contração excêntrica em doenças com patologias inflamatórias comparativamente ao exercício de contração concêntrica, sendo que existem estudos que demonstram um aumento da degradação proteica e maior desgaste muscular após exercícios de contrações excêntricas no ciclismo comparativamente com exercícios de contrações concêntricas, assim como perdas de força que se verificam mais acentuadas em contrações excêntricas (Thomas, 2013). No entanto, em outros estudos revistos por Thomas (2013), não foram verificadas diferenças nas respostas das citocinas plasmáticas num tipo de atividade de corrida com contração excêntrica comparativamente a uma atividade de corrida com contração concêntrica. Tendo em conta esta discrepância de resultados, os doentes com condições inflamatórias devem evitar a realização de contrações excêntricas, pelo menos num início de programa de treino visto que os sintomas podem ser gravemente agravados, devido aos enormes aumentos no desgaste muscular causado pelos exercícios de contrações excêntricas (Thomas, 2013).

O EF, em parte devido a alterações nos TNF-alfa, é capaz de provocar efeitos pró e anti-inflamatórios no tecido muscular esquelético dos doentes, sendo que estes efeitos dependem da intensidade e possivelmente modo e duração dos exercícios (Thomas, 2013). Deste modo, doentes com condições inflamatórias devem evitar exercícios vigorosos e de contrações excêntricas devido aos grandes aumentos dos níveis de TNF-alfa, devendo substituí-lo por exercício aeróbio de baixa intensidade e de forma consistente, com aumentos graduais de intensidade evitando assim picos nos níveis de citocinas associadas ao treino excêntrico (Thomas, 2013).

Thomas (2013) verificou que períodos repetitivos de exercício podem produzir um efeito protetor nas respostas inflamatórias do doente, o que pode ser um processo de elevada importância na adaptação do músculo esquelético, realçando a importância de um programa de exercício para doentes com condições inflamatórias, de modo a manter uma proteção contra as respostas inflamatórias.

Verificou-se, na mesma revisão da literatura, que certos modos de exercício poderão inicialmente aumentar a inflamação do doente seguida, no entanto de adaptações positivas com o treino regular (Thomas, 2013). O treino de força pode promover efeitos anti-inflamatórios nos doentes, dado que os resultados de um estudo sugerem que o aumento de massa muscular no doente está relacionado com uma redução da inflamação,

sendo o treino de resistência muscular uma forma mais apropriada para realizar exercício em doentes com condições inflamatórias comparativamente à corrida, visto que provoca um menor aumento dos marcadores inflamatórios, estando o treino de resistência também associado a um aumento de massa muscular e diminuição dos níveis de TNF-alfa (Thomas, 2013). Thomas (2013) alerta no entanto que os doentes com condições inflamatórias não devem evitar o exercício aeróbio pois este tem sido eficaz na redução dos marcadores inflamatórios dos doentes após treino regular (Thomas, 2013).

Desta forma, é possível concluir que o exercício é capaz de provocar a libertação nos doentes, não só de citocinas pro-inflamatórias mas também de citocinas inibidoras e anti-inflamatórias, libertadas após o exercício e conhecidas por limitar a resposta inflamatória do EF (Thomas, 2013). Assim sendo o EF é capaz de gerar efeitos pro-inflamatórios e anti-inflamatórios no tecido músculo-esquelético dos doentes dependendo da frequência, intensidade, duração, tipo de exercício e do seu nível de treino (Thomas, 2013). A inflamação não é necessariamente prejudicial para os DR, dado que alguma inflamação pode ser benéfica para as adaptações músculo-esqueléticas e para o controlo dos sintomas inflamatórios e das doenças (Benatti & Pedersen, 2014; Thomas, 2013). Os doentes devem assim ser encorajados a realizar AF de forma regular, através de treino aeróbio e de força visto que ambos os tipos de exercício mostraram produzir a longo termo, efeitos anti-inflamatórios (Benatti & Pedersen, 2014; Thomas, 2013).

2.5.2. Exercício físico na Osteoartrose

Exercício físico (EF) na osteoartrose (OA), tal como já referido, pertence à componente não farmacológica do tratamento desta patologia.

No que à OA do joelho diz respeito, o EF tem sido uma componente fundamental no esforço de gerir a doença, sendo prescrito exercício de modo a facilitar a perda de peso, preservar a amplitude articular, aumentar a força, melhorar a aptidão física e reduzir os sintomas da patologia (Hunter & Eckstein, 2009). EF em doentes com OA é ainda capaz de melhorar o equilíbrio, reduzir a dor, ativar os músculos e reduzir a instabilidade funcional das articulações (Musumeci, 2015).

No entanto, doentes com estas patologias ao iniciarem um programa de exercício têm a ideia de que o exercício com cargas adicionais irá provocar danos na articulação e agravar os sintomas como dor e fadiga, devendo-lhes ser transmitido que o exercício não

só é seguro, como provoca geralmente reduções na dor, fadiga, inflamação e na progressão da patologia (ACSM, 2017). Os doentes devem ainda ser informados que um pequeno desconforto nos músculos e articulações durante ou imediatamente após o exercício é normal após a realização de exercícios que não estão habituados, não significando que as suas articulações estão a ser prejudicadas (ACSM, 2017).

Em geral as recomendações para a prescrição de exercício são semelhantes às de um adulto saudável, respeitando as recomendações FITT (Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo de exercício) com especial consideração pela patologia, dor, limitações funcionais e preferências relativas ao tipo de EF/AF, sendo que uma preferência pessoal do doente pela intensidade do exercício deve ser tida em contas, de modo a otimizar a adesão ao exercício (ACSM, 2017).

A prescrição de exercício para esta patologia, que segue as mesmas recomendações da prescrição de exercício para a Artrite (tabela 1), incorpora exercícios aeróbios, de flexibilidade e resistência muscular. O treino aeróbio visa melhorias na aptidão cardiorrespiratória sem um agravamento da articulação e dor, sendo que treinos aeróbios longos podem ser complicados especialmente para doentes destreinados ou com restrições devido a dores e mobilidade articular, sendo mais apropriado iniciar com períodos de 10 minutos ou menos, se necessário (ACSM, 2017). Em casos em que o doente esteja muito destreinado ou sinta dor, rigidez ou fraqueza que o leve a interromper as suas atividades de vida diária (AVD), o EF deverá basear-se apenas no fortalecimento muscular e flexibilidade, iniciando o treino aeróbio apenas numa fase posterior, quando se sentir confortável na realização dos exercícios anteriores (Espanha, 2013).

O treino de resistência muscular não só provoca melhorias na força e resistência muscular, como também na dor e aptidão física (ACSM, 2017). A progressão deve ser feita inicialmente com o aumento do número de repetições e só depois na intensidade colocada no exercício (Espanha, 2013).

O treino de flexibilidade é muito importante de modo a provocar melhorias na amplitude articular e evitar os efeitos da OA nas articulações (ACSM, 2017).

Apesar dos grandes benefícios do exercício na OA, existem considerações especiais a ter em conta como:

- Evitar exercício vigoroso em fase de agudização;
- Se um exercício específico agravar a dor numa articulação, esse deve ser substituído por outro exercício que solicite o mesmo grupo muscular;
- Doentes devem ser instruídos a realizar o EF na altura do dia em que a dor é menos severa e/ou em junção com o pico de atuação da medicação para a dor;
- Devem ser realizados exercícios funcionais (ex: levar e sentar, subir escadas) para melhorar o controlo neuromuscular, equilíbrio, e a capacidade de realizar as AVD;
- Utilizar sapatos com uma boa capacidade de absorção de impacto (ACSM, 2017).

Tabela 1: Prescrição de exercício física para Artrite (Adaptado de ACSM, 2017).

Tipo (Modo)	Aeróbio	Resistência	Flexibilidade
Frequência	3-5 dias/semana	2-3 dias/semana	Diariamente
Intensidade	Moderada (40-59% Vo2R) a vigorosa ($\geq 60\%$ Vo2R)	-60-80% RM -50-60% RM (indivíduos destreinados)	Realizar amplitude articular até sentir um alongamento sem dor
Tempo	-150min/semana de intensidade moderada -75min/semana intensidade vigorosa -Equivalente combinação dos dois	-8 a 12 repetições -2 a 4 séries -Incluir exercícios para todos os grandes grupos musculares	- Até 10 repetições para movimentos dinâmicos - 10 a 30seg para alongamentos estáticos
Tipo	Atividades com baixo impacto. Ex: caminhar, bicicleta, natação, exercícios aquáticos	- Exercícios com máquinas ou pesos livres - Certos indivíduos podem beneficiar de exercícios calisténicos	- Combinação de alongamentos estáticos e dinâmicos focando nas articulações dos grandes grupos musculares

Vo2R- Vo2 reserva; **RM**- repetição máxima;

2.6. Barreiras de adesão ao Exercício Físico

A prática de exercício físico (EF) regular pode, por vezes, ser complicada de adotar de forma regular não só na população saudável como também em doentes reumáticos. Na tentativa de adoção ou manutenção de um estilo de vida mais ativo, os indivíduos tendem a enfrentar barreiras a nível pessoal, social e ambiental. Alguns exemplos destas barreiras são a falta de tempo, falta de motivação, incapacidade de gestão do EF, falta de apoio social ou locais para a realização do exercício (ACSM, 2017).

Dados adquiridos através do Eurobarometer (2014), demonstraram que as principais razões demonstradas pelos indivíduos para a falta de exercício físico foram a falta de tempo, motivação ou interesse, custos elevados, presença de alguma limitação ou doença que impossibilite a prática, falta de companhia e lesão.

Relativamente aos doentes reumáticos, as suas barreiras podem ser divididas em quatro categorias: físicas, psicológicas, sociais e ambientais. Nas barreiras físicas a dor é considerada a barreira ao exercício mais frequente, com as limitações de mobilidade, comorbilidades e fadiga como fatores que limitam a sua prática de EF. Os principais motivos referidos como barreiras psicológicas ao exercício são a falta de motivação (preguiça), falta de prazer na realização dos exercícios, falta de interesse e medo de agravar os sintomas da sua patologia. Por último, as principais barreiras sociais e ambientais são a falta de apoio por parte dos profissionais, falta de programas de exercício específico para a patologia e de instalações para a sua realização, excesso de responsabilidades familiares/laborais e tempo limitado (Der Ananian, Wilcox, Saunders, Watkins, & Evans, 2006).

3. Atividades de Estágio

Apesar de o estágio curricular ter sido realizado, tal como já referido, no Instituto Português de Reumatologia (IPR), o ano académico originou a oportunidade de desempenhar diversas atividades, não só no local de estágio, mas também fora do mesmo, que se encontram especificadas na tabela 2.

Tabela 2: Atividades realizadas ao longo do ano académico

➤ Reuniões de estágio com a orientadora de estágio
➤ Participação no “XX Fórum de apoio ao doente reumático” – 14/10/2016
➤ Treino de ensino e feedback dos testes físicos a aplicar
➤ Intervenção no local de estágio: IPR
➤ Voluntariado no Check-up- Dia Nacional do rastreio – 04/11/2016
➤ Colaboração na organização e participação no Simpósio da Osteoartrose e dor (Faculdade de motricidade Humana) - 26/11/2016
➤ Construção de base de dados da amostra do IPR

3.1. Realização da Prática Profissional

3.1.1. Metodologia da Intervenção

A intervenção realizada junta dos doentes do internamento do IPR seguiu uma sequência temporal. A mesma foi realizada com o intuito de tentar estabelecer o melhor método de trabalho, de forma a intervir junto do doente de uma forma mais eficiente. A figura 1 evidencia a sequência de intervenção e respetivo time-line.



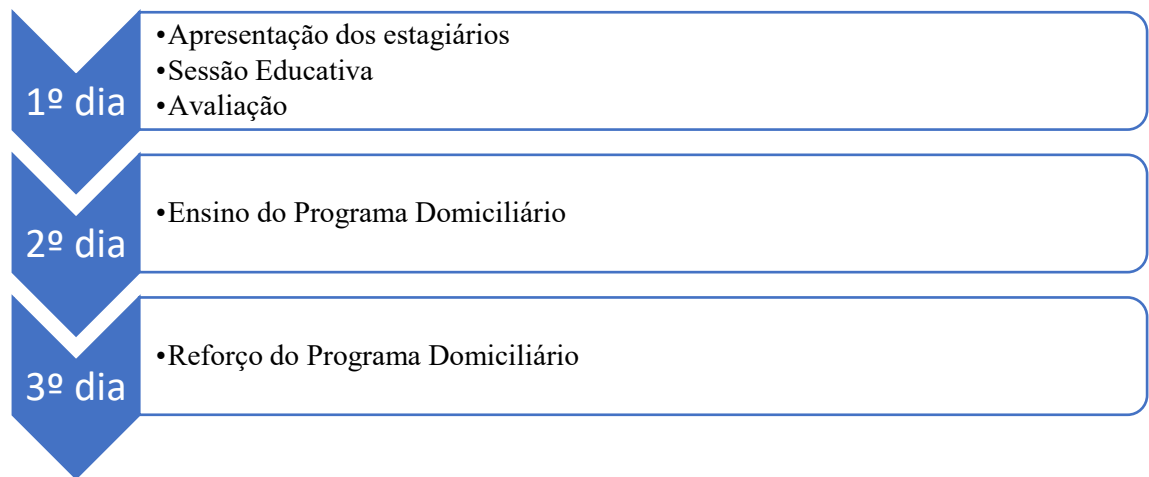


Figura 1: Fases de intervenção e respetivo time-line com os doentes do internamento do IPR.

Apesar do esforço em tentar cumprir o time-line delineado, muitas vezes não foi possível devido a fatores externos à nossa intervenção: rotina do doente, elevado número de exames/tratamentos, agudização dos sintomas da patologia. Estes problemas fizeram com que por vezes a intervenção demorasse mais tempo que o suposto sendo que em certos doentes era necessário mais do que 1 dia para a realização da avaliação e/ou ensino do programa domiciliário (PD). Por conseguinte, penso que os doentes tinham períodos diferente de internamento (por norma, entre 3 a 7 dias), nos casos de estadia mais curta, por vezes não era possível realizar o reforço do PD, inclusive nas piores situações, não foi possível concluir a intervenção. Contudo, ao longo do ano houve uma tentativa de tentar contornar as dificuldades sentidas, através da adoção de estratégias, de modo a fazer frente aos constantes contratempos. Estas estratégias serão referenciadas aquando da explicação de cada uma das intervenções.

Apresentação ao Doente

A apresentação ao doente era o primeiro contacto entre o estagiário e o mesmo. Inicialmente foi feita através dos médicos reumatologistas responsáveis pelo internamento. Inicialmente antes de contactarmos com qualquer doente, deslocávamo-nos até ao gabinete dos médicos responsáveis pelo internamento, que nos indicariam quais os doentes para iniciar a intervenção, fazendo uma breve apresentação indicando, quem eramos, de que faculdade é que vínhamos e qual a nossa função. No entanto, sendo que em muitas situações não conseguíamos encontrar o médico de modo a que nos guiasse para o doente, decidimos começar a ser nós a deslocarmo-nos até aos doentes que se

encontravam livres nos quartos, apresentando-nos e iniciando a nossa intervenção. Mais tarde e de forma a rentabilizar ainda melhor o tempo da intervenção, elaborámos um folheto informativo (Anexo 1) que seriam entregues aos doentes à chegada ao internamento. Desta forma os doentes teriam logo todas as informações relevante sobre nós, poupando assim tempo com a apresentação.

Sessão Educativa

A sessão educativa (Anexo 2) foi uma apresentação elaborada de modo a transmitir informações relevantes relativas à Atividade Física (AF) e Exercício Físico (EF) de modo a compreenderem melhor a nossa intervenção. Na sessão foram abordados os seguintes temas:

- Benefícios da Atividade Física
- Atividade Física e Exercício Físico
- Tipos ou modos de exercício
- Dicas para o exercício ou gestão da patologia
- Programa Domiciliário

Esta sessão era realizada imediatamente após a apresentação, sendo individual e com uma duração média de 15 minutos variando de doente para doente, consoante o seu nível de compreensão e questões colocadas.

Avaliação

A avaliação foi realizada através de questionários e de testes físicos, aplicados de forma alternada, tentando tornar a avaliação um pouco mais dinâmica e menos exaustiva. Na maior parte dos doentes não foi possível concluir a avaliação no 1º dia da intervenção e em alguns casos a avaliação não foi efetuada por completo. Isto deveu-se ao facto de muitas vezes os doentes não se encontrarem disponíveis para realizarem a avaliação devido aos tratamentos e exames que tinham de efetuar e/ou incapacidade para realizar os testes físicos devido às dores provocadas pela sua patologia.

No final da avaliação era entregue a cada doente uma folha de relatório individual da aptidão física (Anexo 3), indicando o valor de índice de massa corporal e de cada teste físico realizado, com indicação de como é que o doente se encontrava em cada um dos testes físicos relativamente aos valores de referência.

Programa Domiciliário

O programa domiciliário (PD), com uma duração de 8 semanas foi proposto aos doentes com o objetivo de ajudar a recuperar, manter ou melhor a sua condição física e ajudar ainda no controlo dos sintomas da patologia. Esta fase da intervenção foi dividida em duas partes: os doentes que quiseram realizar o PD e os que não aderiram. Foi elaborado um fluxograma (figura 2) de modo a delinear a correta intervenção junto de cada doente do internamento.

Para os doentes que não quiseram aderir ao PD foi elaborado um folheto de aconselhamento (anexo 4) para a sensibilização para o exercício físico, abordando os mesmos temas da sessão educativa, mas desta forma os doentes ficariam com o documento na sua posse, podendo visualizá-lo em casa.

Aos doentes que decidiram realizar o PD foi-lhes fornecido o diário de treino do IPR (Anexo 5) onde lhes foi ensinado o funcionamento do mesmo e como teriam de registar todas as informações relativas ao seu treino no diário. De seguida ensinámos os exercícios que teriam de fazer em casa, através de uma explicação, demonstração do exercício e correção do movimento realizado pelo doente.

De forma a facilitar a correta realização dos exercícios e o seu registo em casa, o diário de treino foi acompanhado de uma folha de explicação (anexo 6). Nos dias seguintes ao ensino do PD, seria realizado um reforço do mesmo onde o doente realizaria novamente os exercícios de forma a consolidá-los, verificando assim se as normas para o preenchimento do diário de treino estavam compreendidas. No entanto, esta fase do PD tornou-se quase impossível de cumprir devido aos fatores externos mencionados anteriormente (rotina do doente, elevado número de exames/tratamentos, agudização dos sintomas da patologia). Assim sendo, devido ao reduzido tempo disponível com cada doente, não era possível realizar o reforço do PD sendo que em muitos casos o próprio ensino dos exercícios e do diário de treino se tornava complicado de realizar, sendo que por vezes o processo tinha de ser acelerado de modo a garantir que o doente que queria realizar o PD, não ia embora do IPR sem o ensino do programa.

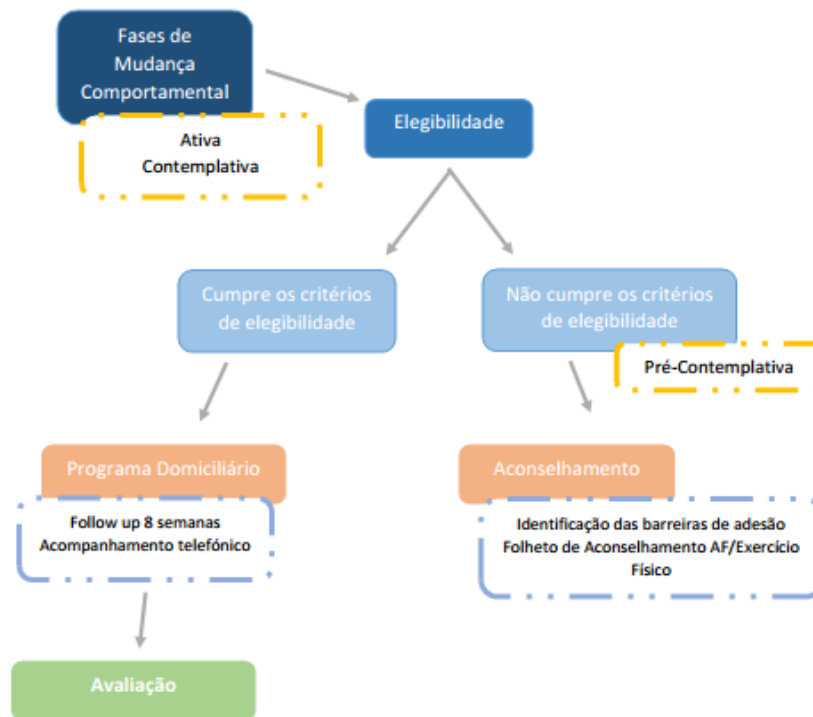


Figura 2: Fluxograma de Intervenção IPR.

➤ Diário de treino

O diário de treino consistia numa folha onde eram registadas todas as informações relativas aos treinos. No início da folha o doente colocava a data da semana e o dia específico em que estava a treinar. De seguida fazia uma autoavaliação da sua dor de manhã ao acordar e no início do exercício, através de uma escala analógica visual da dor (figura 3). Os exercícios de flexibilidade e de força encontravam-se ilustrados com o respetivo número de segundos, séries e repetições a realizar. O doente deveria colocar um “certo” caso conseguisse realizar o exercício até ao fim ou “errado” caso não o conseguisse terminar, colocando o número de segundos/repetições que tinha conseguido realizar. Por fim colocaria a dor no final do exercício assim como, antes de ir dormir, a dor máxima durante o dia. Caso o mesmo quisesse registar alguma observação extra ao seu treino, poderia fazê-lo na secção das “observações”.

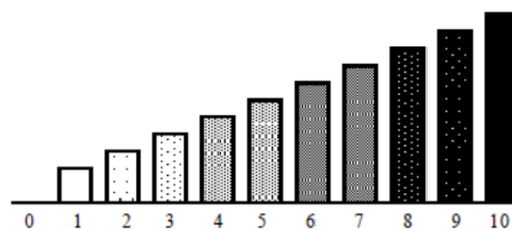


Figura 3: Escala Analógica e Visual da Dor.

- **Exercícios do Programa Domiciliário**

O PD foi dividido em dois tipos de exercícios: Flexibilidade e Força. Os exercícios de flexibilidade (figura 4) visavam a melhoria da amplitude articular, redução da rigidez e da dor. Estes exercícios (A, B e C) permitiam alongar os músculos da parte posterior da coxa (isquiotibiais), parte anterior da coxa (quadríceps) e do tríceps braquial, respetivamente.

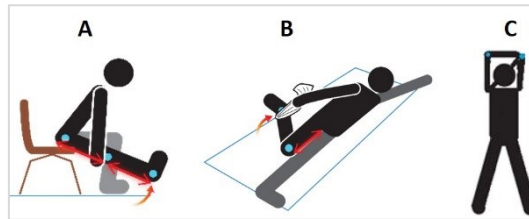


Figura 4: Exercícios de flexibilidade do Programa Domiciliário (retirado de Espanha et al., 2015).

Exercício A – Sentada mais à ponta da cadeira, estica uma perna com o calcanhar apoiado no chão e com a ponta do pé a apontar para cima. Com os braços esticados e uma mão por cima da outra, tentar alcançar a ponta do pé ou ultrapassá-la (se conseguir), sem dobrar o joelho e com as costas direitas.

Exercício B – Em pé ou deitada, dobrar o joelho atrás o máximo possível, com ou sem a ajuda de uma toalha colocada no tornozelo, se necessário. Os joelhos ficam juntos enquanto realiza o exercício.

Exercício C – De pé, levantar um dos braços e dobrá-lo, colocando a palma da mão virada para as costas. O outro braço, colocado acima da cabeça, apoia no cotovelo do outro braço, fazendo pressão para baixo.

Os exercícios de força (figura 5) visavam o fortalecimento muscular através de um desenvolvimento da força e resistência muscular, essencialmente nos músculos dos quadríceps, abdutores, tríceps e deltoides.

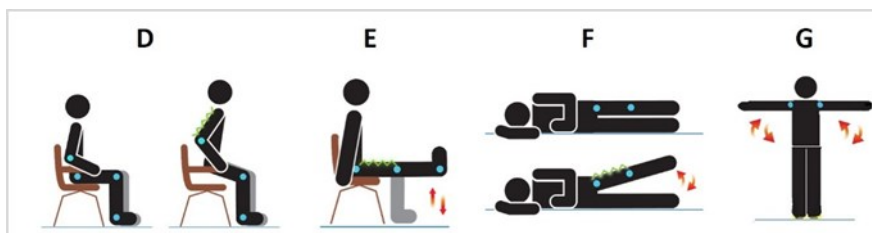


Figura 5: Exercícios de força do Programa Domiciliário (retirado de Espanha et al., 2015).

Exercício D – Com a cadeira encostada à parede, levantar com as mãos apoiadas nos “braços” da cadeira, fazendo o máximo de força possível para baixo(chão) quer com as mãos quer com os pés.

Exercício E – Sentada, com uma perna dobrada e apoiada confortavelmente no chão, levantar a outra perna ao nível do joelho e voltar a baixar lentamente, sem o pé tocar no chão entre as repetições.

Exercício F – De pé ou deitada de lado, com as costas direitas e as mãos a apoiar o corpo para que este não “rebole”. Com as pernas esticadas, levantar a perna de cima e voltar a baixá-la, não juntando à outra que está parada.

Exercício G – De pé e com os braços esticados, levantar até à altura dos ombros e descer lentamente sem que estes toquem no corpo. Os braços sempre esticados.

Acompanhamento

Na altura da divulgação e explicação do PD aos doentes, foi-lhes transmitida a informação de que caso estes realizassem o PD, teriam um acampamento telefónico de modo a tentar esclarecer as dúvidas que fossem surgindo ao longo das semanas, tentando assim compensar um pouco a falta de acompanhamento presencial.

Este era realizado uma vez por semana, todas as sexta-feira de manhã. A escolha do dia da semana para realizar as chamadas telefónicas foi feita tendo em conta que a sexta-feira era o dia mais complicado para a realização da nossa intervenção pois este era o dia em que os Reumatologistas se deslocavam até aos quartos da unidade de internamento com o intuito de visitar os seus doentes, fazendo com que o tempo para a nossa intervenção fosse mais curto. Como tal e tendo sempre em conta a melhor rentabilização possível do tempo, todas as sextas-feiras de manhã, tentávamos entrar em contacto com os doentes que realizaram o PD, tentando perceber como é que estava a correr a realização dos exercícios e o registo do diário de treino, esclarecendo as dúvidas existentes. Foi neste momento que nos apercebemos que alguns dos doentes que tinham iniciado o PD acabaram por desistir a meio. Os motivos referidos para a desistência foram:

- falta de tempo e/ou esquecimento, ao que tentamos sensibilizá-lo para os benefícios do PD numa tentativa de fazer com que o doente não desistisse ou recomeçasse novamente, propondo ainda caso fosse do seu agrado, realizar as

chamadas telefónicas mais frequentemente de forma a lembrá-lo, mas sem efeito positivo;

- Falta de um acompanhamento presencial, sendo que alguns dos participantes no PD mencionaram que, mesmo com a explicação feita no momento do internamento e da folha de explicação que tinham levado para casa, era muito complicado realizarem os exercícios corretamente e/ou compreender o registo das informações no diário de treino. Tentámos inverter esse sentimento, comprometendo-nos a esclarecer todas as suas dúvidas pelo telefone, mas sem sucesso sendo que os doentes sentiam que apenas seriam capazes de realizar o programa com um correto acompanhamento presencial.
- Lesões que reduziram a mobilidade do doente, impossibilitando-o de continuar a realizar o PD.

Reavaliação

A reavaliação era a fase final da nossa intervenção e consistia numa avaliação igual à feita anteriormente, realizando os mesmos questionários e testes físicos. As marcações eram feitas pelo IPR, que contactava o doente de modo a marcar uma consulta que seria agendada para o seu médico reumatologista, sendo o doente informado que a consulta seria para fazer a reavaliação inserida no PD. Alguns doentes ao saberem que a consulta seria apenas para esse fim, informaram que não iriam comparecer, não querendo perder tempo ou gastar dinheiro para se deslocarem até à instituição, havendo ainda alguns doentes para os quais se tornava muito complicado comparecer, devido à sua habitação ser bastante afastado do IPR.

Após ter a lista dos doentes que tinham aceite vir fazer a reavaliação, era feita uma chamada telefónica uma semana antes do dia da mesma, para confirmar a sua presença. Neste momento e apesar de uma tentativa de sensibilização do doente para a reavaliação, alguns decidiram que afinal não iam comparecer, chegando a haver um ou outro que mesmo confirmando a sua presença, no dia não compareceram. No final desta reavaliação era entregue novamente uma folha de relatório da aptidão física. Nesta folha estavam presentes não só os valores obtidos no primeiro momento da avaliação como também os valores deste segundo momento. Com este dado foi possível verificar as diferenças obtidas entre a primeira e a segunda avaliação, fazendo uma breve explicação ao doente sobre as mesmas.

3.1.2. Metodologia da Avaliação

No IPR foram realizados dois tipos de avaliação: **Avaliação Subjetiva e Avaliação Objetiva**. A avaliação subjetiva foi realizada através de questionários com o intuito de avaliar os sintomas, nível de atividade física e qualidade de vida relacionada com a saúde e específica relacionada com a patologia, assim como determinar as barreiras à prática de Atividade Física e Exercício Físico. De entre os questionários é possível distingui-los em questionários comuns a todas as patologias e específicos a uma determina DR. As tabelas 3 e 4 ilustram os questionários comuns e específicos respetivamente, aplicados ao longo do estágio académico. O questionário HAQ, após decisão tomada em reunião com o orientador de estágio, foi utilizado como questionário comum e específico a doentes com Artrite Reumatoide.

Tabela 3: Questionários comuns aplicados aos doentes do internamento do Instituto Português de Reumatologia.

Questionário de caracterização do doente	Informação sobre o doente
BPI- Inventário resumido da dor	Dor
EQ-5D-3L- EuroQol cinco dimensões três níveis	Qualidade de vida
HAQ-C- Health Assessment Questionnaire (Versão curta)	Atividades da vida diária
IPAQ- Questionário internacional de avaliação da atividade física - Versão Portuguesa Curta	Atividade Física
PB-E - Perceção de barreiras para o exercício	Barreiras à prática de AF/EF
Escala de estádios de mudança para o exercício	Mudanças Comportamentais

Tabela 4: Questionários específicos aplicados aos doentes do internamento do Instituto Português de Reumatologia.

Questionários Específicos	Doença Reumática Específica
WOMAC- Escala de avaliação da osteoartrose no joelho	Osteoartrose
OSWESTRY- Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade	Lombalgia
BASDAI- índice de actividade de bath para a espondilite anquilosante	Espondilite Anquilosante
FIQR-P - Questionário Revisto de Impacto da Fibromialgia, versão Portuguesa	Fibromialgia
HAQ-C- Health Assessment Questionnaire (Versão curta)	Artrite Reumatoide

De forma a compreender melhor cada um dos questionários e a sua aplicabilidade, será feita uma breve descrição dos mesmos:

➤ **Questionário de caracterização do doente:**

Primeiro questionário realizado junto com o doente com o intuito de obter mais informações sobre o mesmo, de modo a conhecê-lo melhor e poder no futuro caracterizar a nossa população do internamento. São colocadas questões mais simples e gerais (Nome, idade, sexo, localidade, etnia, altura, peso, estado civil sua patologia) questões relacionadas com a sua ocupação, nível de escolaridade, se foi atleta de alta competição, mão dominante e membro superior/inferior mais doloroso e perguntas sobre a existência/utilização de auxiliar de marcha e/ou próteses (Anexo 7).

➤ **BPI- Inventário resumido da dor (Formulário abreviado)**

Permite avaliar a severidade da dor dos doentes e o grau de interferência com dimensões comuns de sentimentos e funções. Esta versão do BPI distingue-se especialmente pelo facto de as respostas às questões feitas se basearem num período de 24 horas anteriores à execução do questionário, contendo um diagrama corporal da dor, 4 itens relativos à sua severidade classificados de 0-10 em que 0 é “sem dor” e 10 “A pior dor que se pode imaginar”, 7 questões abordando a sua interferência, de 0-10 com 0 “não interferiu” e 10 “interferiu completamente” e uma questão relativa ao alívio provocado pelos analgésicos, de 0-100% (intervalos de 10%) em que 0% representa “nenhum alívio” e 100% “Alívio completo” (Cleeland, 2009) (Anexo 8).

➤ **EQ-5D-3L - EuroQol cinco dimensões três níveis**

Avalia a qualidade de vida dos doentes através de um sistema descritivo de pergunta e uma escala analógica visual. No primeiro são avaliadas 5 dimensões da qualidade de vida: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Estas são classificadas em três níveis de gravidade: sem problema, alguns problemas e problemas extremos. O doente responde a cada uma das 5 perguntas indicando o nível que melhor corresponde ao seu estado de Saúde. Por último, o questionado visualiza uma escala analógica de 0-100 em que 0 corresponde “A pior saúde que possa imaginar” e 100 “A melhor Saúde que possa imaginar” ao qual colocará o valor que representa a sua no dia em que está a ser questionado (van Reenen & Oppe, 2015) (Anexo 9).

➤ **IPAQ - Questionário internacional de avaliação da atividade física - Versão Portuguesa Curta**

Instrumento de avaliação da atividade física baseando-se nas atividades realizadas numa semana normal. Estão incluídas questões sobre as atividades físicas que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, trabalho, nas atividades domésticas, jardinagem e nas atividades que efetua no seu tempo livre. O questionário pretende determinar o número de dias por semana e de horas por dia que os questionados despendem a caminhar e em atividades de intensidade moderada e vigorosa (distinguidas pelo nível de esforço físico e intensidade da respiração) assim como a atividade sedentária, determinada pelo número de horas sentado num dos dias da semana e durante um dos dias do fim-de-semana (Craig et al., 2003) (anexo 10).

➤ **PB-E - Perceção de barreiras para o exercício**

Questionário com o intuito de determinar quais as principais barreiras para a realização de exercício físico/atividade física. Engloba 11 questões sendo cada uma delas uma possível barreira à prática de EF/AF, com 5 possibilidades de resposta, de 1 até 5 sendo 1 “Discordo Absolutamente” e 5 “Concordo Absolutamente” (anexo 11).

➤ **Escala de estádios de mudança para o exercício**

Questionário com o objetivo de determinar a fase de mudança comportamental em que o doente se encontra. É determinado através de uma questão relativa à realização regular de exercício com 6 possibilidades de resposta (Anexo 12).

➤ **HAQ-C- Health Assessment Questionnaire (Versão curta)**

Avalia o impacto das doenças nas atividades de vida diária dos doentes. É composto por 8 secções (“Vestir-se e levantar-se”, “levantar-se”, “comer”, “caminhar”, “higiene”, “Alcançar”, “Preensão” e “atividades”) cada uma composta por 2 a 3 questões nas quais o questionado tem de, em cada uma delas, assinar o grau de dificuldade da mesma que pode ser “sem qualquer dificuldade”, “com alguma dificuldade”, “com muita dificuldade” e “incapaz”. Existe ainda um conjunto de perguntas onde é questionado os utensílios utilizados e as atividades que necessitam de ajuda para a sua realização (Corbacho & Daputo, 2010) (Anexo 13).

➤ **WOMAC– Escala de avaliação da osteoartrose no joelho**

Questionário específico para a osteoartrose da anca e do joelho que avalia a dor, rigidez e função física através de 5, 2 e 17 funções respetivamente. As respostas às questões são feitas através de uma escala analógica visual sendo que os extremos representam “sem dor/rigidez/ dificuldade” e “dor, rigidez/dificuldade extrema” sendo que o doente sinaliza o local na escala de acordo com a gravidade dos seus sintomas (McConnell, Kolopack, & Davis, 2001) (Anexo 14).

➤ **OSWESTRY- Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade**

Questionário específico para a Lombalgia que pretende determinar a incapacidade funcional permanente do doente, constituído por 10 secções contendo 6 afirmações cada uma. O doente deve apenas marcar um quadrado em cada secção, selecionando a afirmação que melhor o descreve no dia da avaliação. Em cada secção a pontuação máxima são 5 pontos, caso a primeira afirmação seja marcada a pontuação é 0 e caso seja marcada a última a pontuação é 5 (Fairbank & Pynsent, 2000) (Anexo 15).

➤ **BASDAI- índice de atividade de Bath para a espondilite anquilosante**

Questionário específico para a Espondilite Anquilosante, composto por 6 questões relativas à dor, rigidez, desconforto, inchado e fadiga/cansaço associada à patologia. A resposta é relativa à última semana e é feita através de uma escala analógica visual variando entre “nenhuma” e “muito intensa” (Garrett et al., 1994) (Anexo 16).

➤ **FIQR-P - Questionário Revisto de Impacto da Fibromialgia, versão Portuguesa**

Questionário específico da fibromialgia composto por 21 perguntas, divididas em 3 secções de 9, 2 e 10 perguntas com o intuito de avaliar dificuldade na realização de atividades, impacto geral da patologia e a intensidade dos sintomas da mesma, respetivamente. As respostas são dadas numa escala de 0-10 e deve ser realizada tendo em conta os últimos 7 dias. É ainda perguntado aos questionados sobre a duração(anos) dos sintomas da Fibromialgia e sobre à quanto tempo a mesma foi diagnosticada pela primeira vez (anos) (Bennett et al., 2009) (Anexo 17).

A **Avaliação Objetiva** realizou-se através de teste físicos com o objetivo de determinar a aptidão física e o equilíbrio dos doentes do internamento do IPR. Na tabela 5 é possível verificar os testes físicos realizados assim como o grupo muscular a que os mesmos se destinavam. De forma a melhor compreendê-los, foi feita uma breve descrição de cada um.

Tabela 5: Testes físicos aplicados aos doentes do internamento do IPR.

Teste Físico	Parâmetro Avaliado
Preensão Manual	Força isométrica máxima dos músculos da mão e antebraço
Sentar e levantar da cadeira(30seg)	Força e resistência dos MI
Equilíbrio sobre um apoio	Equilíbrio
6 metros marcha	Capacidade aeróbia

➤ **Sentar e levantar da cadeira(30seg)**

Avalia a força e resistência dos membros inferiores. Para a sua realização são necessários um cronómetro e uma cadeira com encosto e sem apoio para os braços, que deve ficar junto à parede. O participante inicia o teste sentado a meio da cadeira, com as costas direitas e os pés afastados à largura dos ombros e totalmente apoiados no solo. É avaliado o número de repetições, em 30 segundos, que o mesmo consegue realizar, elevando-se até uma extensão máxima (posição vertical) e regressando à posição inicial de sentado (Batista & Sardinha, 2005).

➤ **Equilíbrio sobre um apoio**

Avalia a capacidade de manter o equilíbrio sobre um apoio. O equipamento necessário é um cronómetro. O avaliado com os braços cruzados sobre o peito levanta uma das pernas do chão, sem tocar na outra tentando manter esta posição com os olhos abertos durante o maior tempo possível, até receber instruções para voltar a colocar o apoio no solo (após 20segundos). A pontuação é dada de 0 até 4, sendo 0 “Incapaz de manter a posição, ou necessita de ajuda para prevenir a queda” e 4 “Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição durante 20 segundos” (Batista & Sardinha, 2005).

➤ **6 metros marcha**

Avalia a velocidade da caminhada numa distância curta. São necessários dois sinalizadores, uma fita e uma fita métrica. É colocada uma fita no chão com 10 metros de comprimento dado que os primeiros e os últimos 2 metros não são contabilizados pois são considerados a fase de aceleração e desaceleração respetivamente. É pedido aos participantes que ao sinal “Vai”, andem o mais rápido e seguro possível, sem correr, ao longo dos 10 metros. A cronometragem do tempo inicia-se quando o participante chega à linha de 2 metros e termina quando chega à linha de 8 metros (Cesari et al., 2005).

➤ **Preensão manual**

Avalia a força isométrica máxima dos músculos da mão e antebraço sendo necessário um dinamómetro de preensão manual, ajustável ao tamanho da mão. O participante, em posição ortostática com os braços ao longo do corpo, aperta o aparelho com a maior força possível. Para cada uma da mão são realizadas três tentativas, sendo considerada a melhor (Alley et al., 2014).

3.2. Outras atividades realizadas ao longo do ano

Ao longo deste ano de estágio académico foi ainda possível realizar algumas atividades para além das realizadas no nosso local de estágio. Participei no XX fórum de apoio ao doente reumático, acabando por ser uma experiência muito enriquecedora pois foi logo na fase inicial do ano académico e permitiu-me acima de tudo contactar com doentes reumáticos e os seus problemas laborais, sociais e familiares derivados da patologia.

Tive a oportunidade de participar, em regime de voluntariado, no evento check-up Saúde 2016, nomeadamente no rastreio da osteoartrose. Esta foi uma atividade bastante enriquecedora visto que me colocou em contacto com os cidadãos portugueses, realizando um questionário de rastreio da osteoartrose, avaliando a sua aptidão física e explicando e retirando dúvidas relativas à patologia.

Foi-me ainda dada a oportunidade de colaborar na organização do simpósio da osteoartrose, realizado na Faculdade de Motricidade Humana, adquirindo competências de organização de eventos e novos conhecimentos relativos a esta patologia.

4. Estudo de investigação exploratório

Atendendo à população alvo, foram consideradas três amostras: amostra geral, amostra de doentes com osteoartrose e amostra dos doentes que realizaram o programa domiciliário.

4.1. Hipóteses e objetivos de estudo

Foram estabelecidas as seguintes hipóteses e objetivos de estudo:

4.1.1. Amostra Geral

- I. Estará a dor inversamente associada à força e resistência dos MI?
- II. Estará a dor inversamente associada à velocidade de marcha?
- III. Poderá um aumento do nível de atividade física estar associado a uma diminuição da dor?
- IV. Estará o nível de atividade física associado a uma melhoria na realização das AVD?

4.1.2. Amostra com Osteoartrose

- I. Estará a rigidez articular diretamente associada com a flexibilidade dos MI em doentes com OA?
- II. Poderá a dor e rigidez estar inversamente associada com a força e resistência dos MI em doentes com OA?

4.1.3. Programa Domiciliário

- I. Comparação da aptidão física, sintomas, nível de atividade e desempenho das AVD, antes e após o programa domiciliário.

4.2. Análise Estatística

Para realizar a análise estatística foi utilizado a versão 23.0 do programa Statistical Package for Social Science (SPSS). Foi efetuada a estatística descritiva com média, desvio padrão, mínimo, máximo e amplitude. Para verificar a associação entre variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

4.3. Resultados

Os resultados foram divididos em amostra geral, osteoartrose e programa domiciliário, sendo inicialmente realizada a caracterização sociodemográfica, IMC, MS e MI mais doloroso da amostra, seguida das hipóteses e objetivos de estudo. A amostra foi obtida ao longo de dois anos e dada as dificuldades de intervenção, o “n” amostral varia consoante os testes físicos e questionários aplicados.

4.3.1. Amostra geral

A tabela 6 representa a caracterização da amostra geral em termos sociodemográficos, IMC e MS/MI mais doloroso.

Tabela 6 : Caracterização sociodemográfica, IMC e MS e MI mais doloroso da amostra geral.

Variável		Total n (%)
Sexo	Feminino	132 (91,7)
	Masculino	12 (8,3)
Idade	<35	1 (0,7)
	35-44	6 (4,2)
	45-54	17 (11,8)
	55-64	38 (26,4)
	65-74	38 (26,4)
	75-84	39 (27,1)
	>84	5 (3,5)
Etnia	Caucasiana	143 (99,3)
	Negra	1 (0,7)
Situação Atual	Reformado	103 (71,5)
	Não reformado	38 (26,4)
	Desempregado	3 (2,1)
Estado Civil	Solteiro	7 (4,9)
	Casado	81 (56,3)
	Divorciado	21 (14,6)
	Viúvo	31 (21,5)
	Separado, mas legalmente casado	3 (2,1)
	União de facto	1 (0,7)

Tabela 6: Caracterização sociodemográfica, IMC e MS e MI mais doloroso da amostra geral (Continuação).

Variável	Total n (%)	
Escolaridade	Sem escolaridade	9 (6,3)
	Ensino Básico: 1º ciclo	88 (61,1)
	Ensino Básico: 2º ciclo	15 (10,4)
	Ensino Básico: 3º ciclo	16 (11,1)
	Ensino Secundário	13 (9)
	Ensino superior: Bacharelato	2 (1,4)
	Ensino superior: Licenciatura	1 (0,7)
IMC	Peso normal	21 (20,2)
	Excesso de peso	46 (44,2)
	Obesidade grau I	27 (26)
	Obesidade grau II	4 (3,8)
	Obesidade grau III	6 (5,8)
MS + doloroso	Nenhum	5 (3,5)
	Direito	61 (42,4)
	Esquerdo	45(31,3)
	Ambos	33 (22,9)
MI + doloroso	Nenhum	3 (2,1)
	Direito	61 (42,4)
	Esquerdo	43 (29,9)
	Ambos	37 (25,7)

IMC- Índice de massa corporal; **MS-** Membro superior; **MI-** Membro inferior

Na tabela 7 é possível verificar a caracterização da amostra tendo em conta a patologia e grupo de DR (Inflamatória/ Mecânica).

Tabela 7: Caracterização da amostra de acordo com patologia e grupo DR.

Patologia	Inflamatória	Mecânica	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	88 (61,1)	56 (38,9)	144 (100)
Osteoartrose	-	15 (10,4)	15 (10,4)
Osteoporose	-	3 (2,1)	3 (2,1)
Fibromialgia	-	25 (17,4)	25 (17,4)
Lombalgia	-	5 (3,5)	5 (3,5)
Artrose	-	4 (2,8)	4 (2,8)
OP fracturária	-	3 (2,1)	3 (2,1)
Canal Estenótico	-	1 (0,7)	1 (0,7)
Artrite Reumatóide	54 (37,5)	-	54 (37,5)
Espondilartrite	2 (1,4)	-	2 (1,4)
LES	4 (2,8)	-	4 (2,8)
Gota	2 (1,4)	-	2 (1,4)
Sind Sjögren	6 (4,2)	-	6 (4,2)
Esclerose sistémica	2 (1,4)	-	2 (1,4)
Conectivite indif	3 (2,1)	-	3 (2,1)
Polimialgia	2 (1,4)	-	2 (1,4)
Artrite Psoriática	12 (8,3)	-	12 (8,3)
Miopatia	1 (0,7)	-	1 (0,7)

A amostra foi constituída por 144 indivíduos dos quais 132 (91,7%) são do sexo feminino e 12 (8,3%) do sexo masculino. Apresenta maioritariamente doentes de etnia caucasiana (99,3%) com apenas 1 (0,7%) indivíduo de etnia negra. A média de idades está compreendida entre os 55 e os 84 anos (79,9%). A amostra é constituída por 103 (71,5%) reformados, 38 (26,4%) não reformados e 3 (2,1%) desempregados. Relativamente ao estado civil 81 (56,3%) indivíduos são casados, 21 (14,6%) divorciados, 31 (21,5%) viúvos, 7 (4,9%) solteiros, 3 (2,1%) separados mas legalmente casados e 1 (0,7%) em união de facto. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 9 (6,3%) não possuem escolaridade, 88 (61,1%) tem o 1ºciclo, 15 (10,4%) o 2º ciclo, 16 (11,1%) o 3º ciclo, 13 (9%) o ensino secundário, 2 (1,4%) o bacharelato e 1 (0,7%) a licenciatura. Relativamente ao IMC apenas 20, 2% dos indivíduos se encontram com peso normal sendo que os restantes 79,8 % se encontram com excesso de peso ou obesidade. Em termos de membro superior (MS) mais doloroso 61 (42,4%) doentes reportam ter o

direito como membro mais doloroso, 45 (31,3%) o esquerdo, 33 (22,9%) ambos e 5 (3,5%) nenhum. No membro inferior (MI), 61 (42,4%) reportam o membro direito como o mais doloroso, 43 (29,9%) o esquerdo, 37 (25,7%) ambos e 3 (2,1%) nenhum.

Relativamente à patologia e grupo de DR, a amostra é constituída por 88 (61,1%) indivíduos com doença inflamatória e 56 (38,9%) com doença mecânica. As patologias mais abrangentes na amostra são a Artrite Reumatoide com 54 (37,5%) indivíduos, a fibromialgia com 25 (17,4%), a osteoartrose (OA) com 15 (10,5%) e a artrite psoriática com 12 (8,3%).

As tabelas 8 representa a caracterização da amostra geral em termos de aptidão física. Observando os dados da tabela é possível verificar a existência de uma grande amplitude de resultados entre os doentes.

Tabela 8: Caracterização da aptidão física da amostra geral.

Teste Físico	Componente de Aptidão Física	N	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Amplitude
6 metros (m/s)	Velocidade de Marcha	109	1(0,4)	0,16	2,26	2,1
Sentar/Levantar (nº Reps)	Força e resistência MI	106	7,4(3,7)	1	20	19
Preensão manual MD (kg)	Força músculos mão e antebraço	121	14,8(8,2)	1,0	38,0	37,0
Preensão manual ME (kg)	Força músculos mão e antebraço	121	14,6(7,6)	1,0	33,0	32,0
Equilíbrio E	Equilíbrio	119	1,1(1,2)	0	4	4
Equilíbrio D	Equilíbrio	119	1,1(1,2)	0	4	4
Ir e vir (s)	Agilidade e equilíbrio dinâmico	70	14,1(9,2)	5,0	56,5	51,5
Sentar e alcançar ME (cm)	Flexibilidade MI	70	-17,7(14,8)	-50,0	15,0	65
Sentar e alcançar MD (cm)	Flexibilidade MI	70	-18,1(14,6)	-46,0	25,0	71
alcançar atrás costas ME (cm)	Flexibilidade MS	68	-29,8(16,2)	-77,0	3,0	80
alcançar atrás costas MD (cm)	Flexibilidade MS	68	-27,9(16,9)	-82,0	5,0	87

ME- Membro esquerdo; **MD-** Membro direito; **MI-** Membro inferior; **MS-** Membro superior

A tabela 9 representa a caracterização subjetiva, através de questionários da amostra geral com o intuito de avaliar a capacidade de desempenhar AVD, nível de AF e severidade e interferência da dor. É possível verificar, assim como na aptidão física, uma grande diferença de resultados entre os doentes, com o nível de AF avaliado através do questionário IPAQ a ser a componente subjetiva com uma maior diferença de resultados.

Tabela 9: Caracterização subjetiva (Questionários) da amostra geral.

Questionário	Componente subjetiva	N	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Amplitude
HAQ	Desempenho AVD	138	2,6 (0,5)	1,1	3,9	2,8
IPAQ	Nível de AF (Mets/semana)	136	670,8 (1749,2)	0	13046	13046
BPI	Severidade da dor	140	5,8 (1,7)	0,8	10,0	9,2
	Interferência da dor nas AVD	140	5,4 (2)	0	10,0	10

AVD- Atividades da vida diária; **AF-** Atividade física

Relativamente à hipótese I), existe uma correlação negativa entre as variáveis dor [BPI- severidade ($p<0,05$) e interferência ($p<0,01$)] e a variável força e resistência dos MI (tabela 10).

Tabela 10: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis dor (BPI- severidade, interferência) e força e resistência dos MI.

Questionário	Componente subjetiva	N= 103	Força e resistência MI
BPI	Severidade da dor	Correlação de Pearson	-,199
		Valor de p	,043*
	Interferência da dor Nas AVD	Correlação de Pearson	-,265
		Valor de p	,007**

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; **MI-** membro inferior; **AVD-** Atividades da vida diária

As figuras 6 e 7 confirmam essa associação entre as variáveis, sendo que à medida que a severidade e interferência da dor aumentam, a força e resistência dos MI diminui.

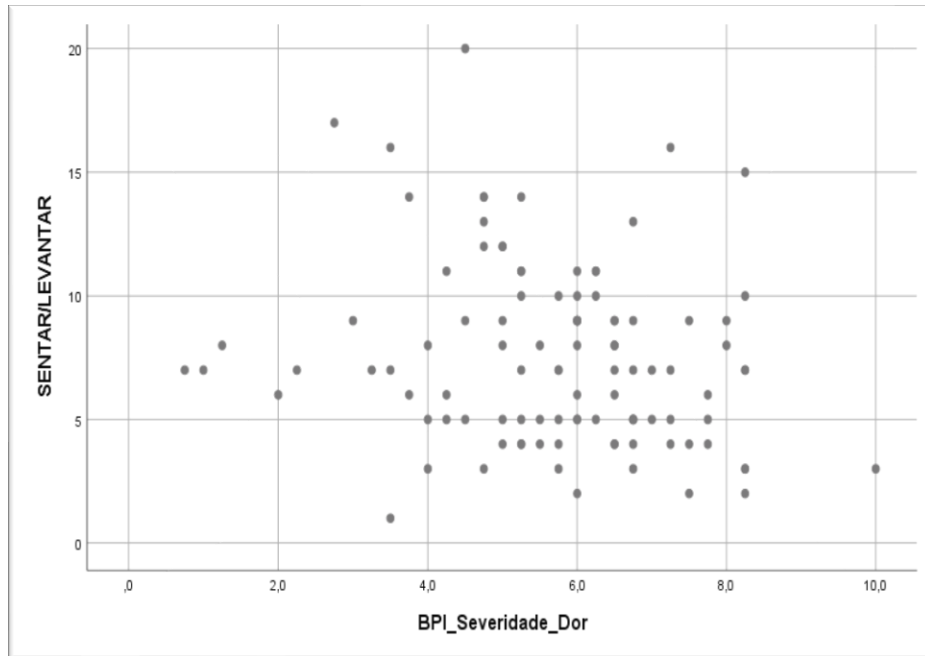


Figura 6: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis severidade da dor e força e resistência dos MI.

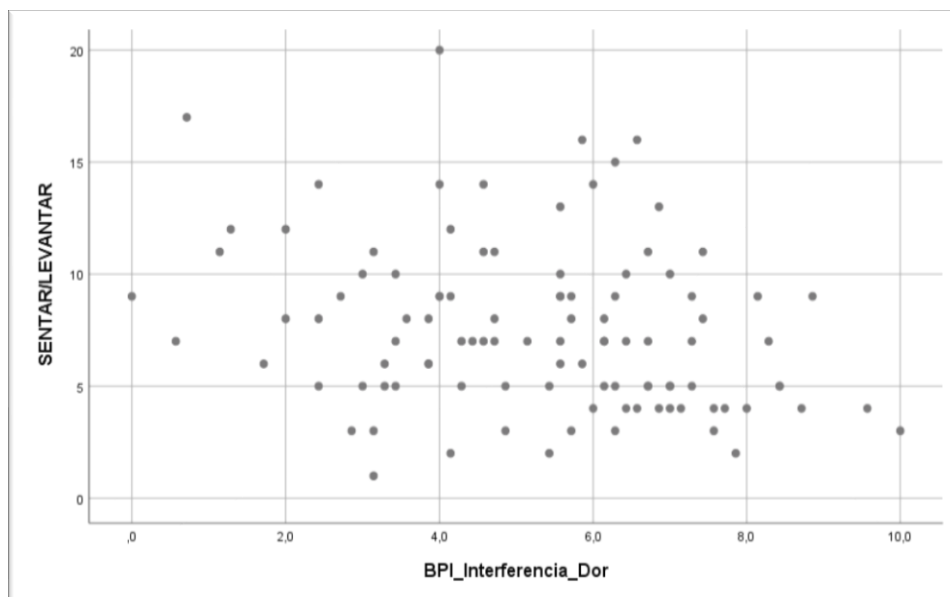


Figura 7: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis interferência da dor e força e resistência dos MI.

Na hipótese II é possível verificar uma correlação negativa entre as variáveis dor (BPI- severidade, interferência e interferência na capacidade para andar a pé) e a variável velocidade da marcha (tabela 11).

Tabela 11: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis dor (BPI- severidade, interferência, interferência da dor na capacidade para andar a pé) e velocidade da marcha.

Questionário	Componente subjetiva	N= 109	Velocidade da marcha
BPI	Severidade da dor	Correlação de Pearson	-,231
		Valor de p	,016*
	Interferência da dor nas AVD	Correlação de Pearson	-,232
		Valor de p	,015*
	Interferência da dor na capacidade para andar a pé	Correlação de Pearson	-,427
		Valor de p	,000**

*p<0,05; **p<0,01; **AVD**- Atividades da vida diária

Nas figuras 8, 9 e 10 é possível verificar que quando a severidade da dor, interferência da dor nas AVD e interferência da dor na capacidade para andar a pé aumentam, a velocidade da marcha diminui.

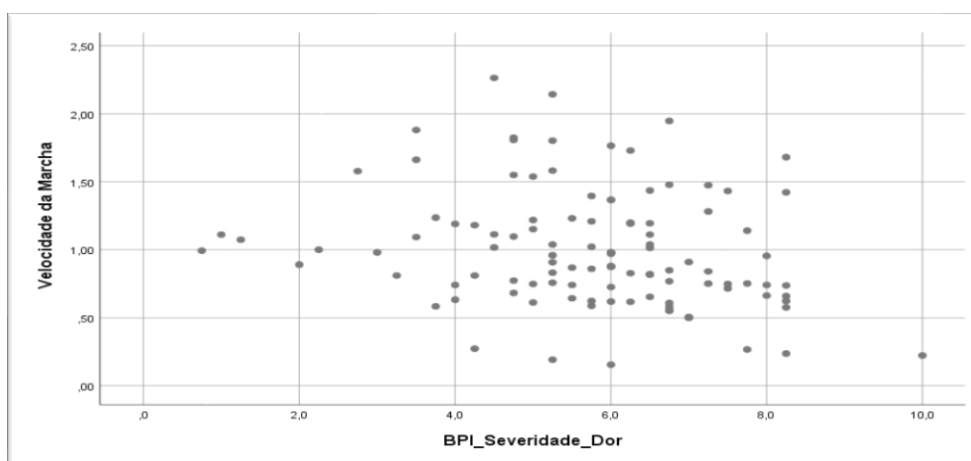


Figura 8: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis severidade da dor e velocidade da marcha.

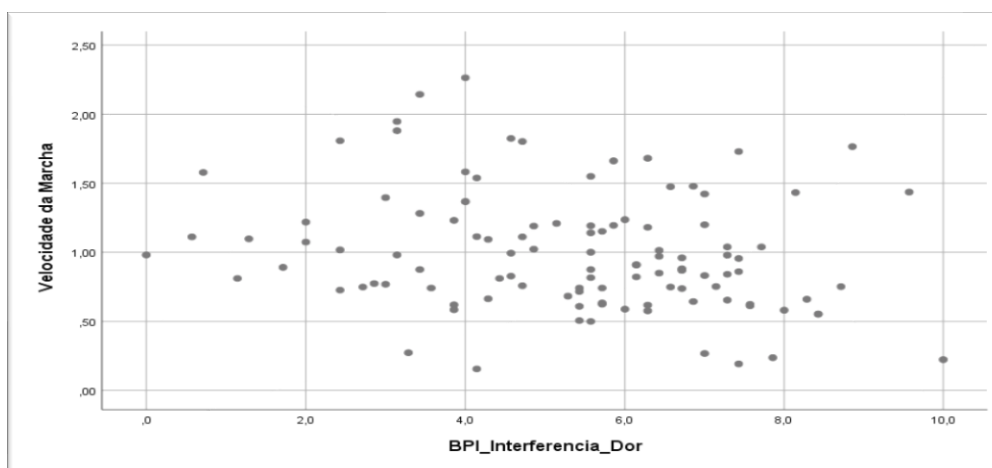


Figura 9: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis interferência da dor e velocidade da marcha.

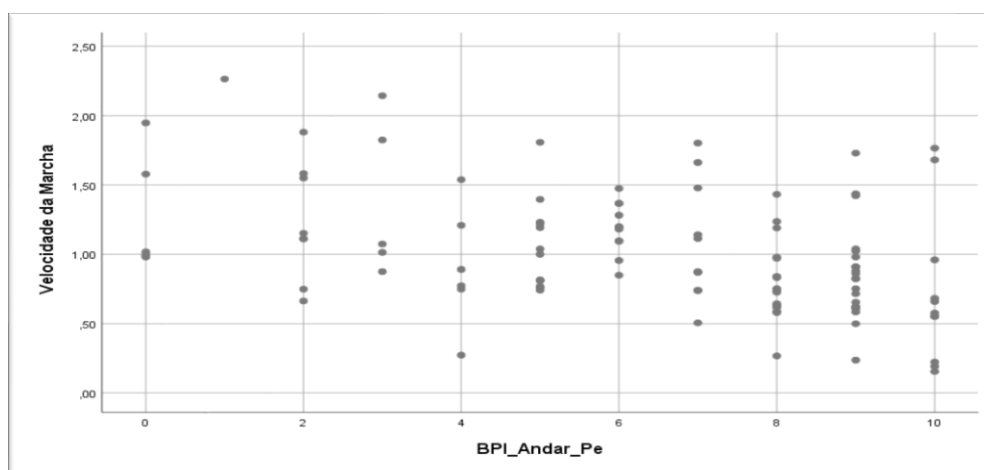


Figura 10: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis interferência da dor na capacidade de andar a pé e velocidade da marcha.

Relativamente à hipótese III, tendo em conta os resultados da tabela 12, não existe correlação entre as variáveis dor (BPI- Severidade e interferência) e nível de AF ($p > 0,05$).

Tabela 12: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis nível de AF e dor (BPI- severidade, interferência).

Questionário	Componente subjetiva	N= 136	BPI - Severidade	BPI - Interferência
IPAQ	Nível AF	Correlação de Pearson	0,013	-0,077
		Valor de p	0,88	0,374

AF- Atividade física

As figuras 11 e 12 confirmaram que as variáveis não se encontram diretamente associadas, não tendo influência entre si.

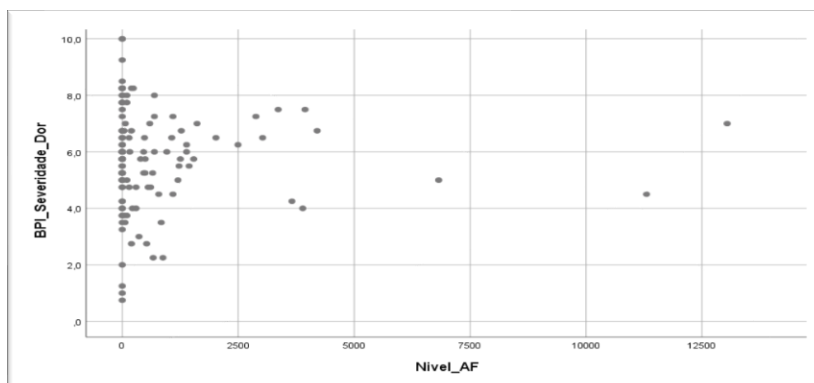


Figura 11: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis nível de AF e severidade da dor.

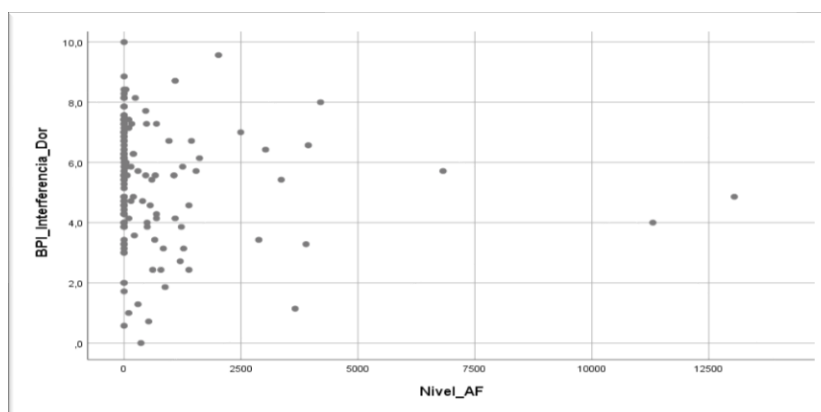


Figura 12: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis nível de AF e interferência da dor.

Na última hipótese (IV) relativa à amostra geral verificou-se com o auxílio da tabela 13, que não existe correlação entre as variáveis nível de AF e o desempenho das AVD ($p > 0,05$). A figura 13 confirma a falta de correlação das variáveis, não se influenciando entre si.

Tabela 13: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis nível de AF e desempenho AVD.

Questionário	Componente	N= 135	HAQ- Desempenho AVD
	subjetiva		
IPAQ	Nível AF	Correlação de Pearson	-0,162
		Valor de p	0,06

AVD- Atividades da vida diária; AF- Atividade física

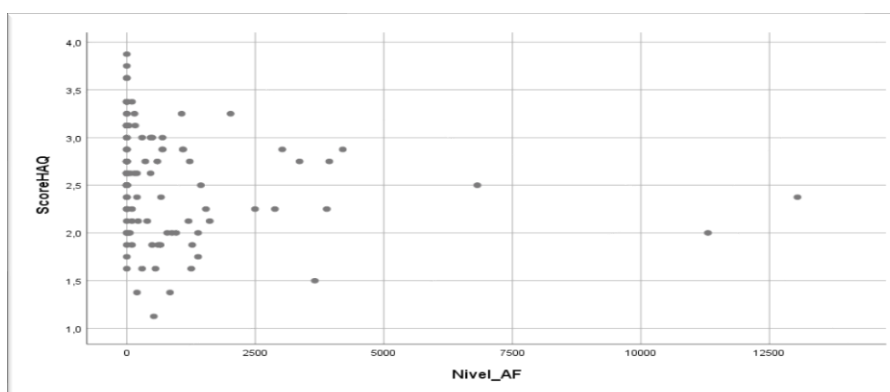


Figura 13: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis nível de AF e desempenho AVD.

4.3.2 Amostra com Osteoartrose

As tabelas 14 e 15 representam a caracterização da amostra dos doentes com OA em termos de aptidão física e caracterização subjetiva (questionários), respetivamente. Assim como na caracterização da amostra geral, verifica-se uma grande amplitude entre os valores dos doentes, sendo a mesma inferior comparativamente à amostra geral.

Tabela 14: Caracterização da aptidão física dos doentes com OA.

Teste Físico	Componente de Aptidão Física	N	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Amplitude
6 metros (m/s)	Velocidade de Marcha	12	1,1 (0,3)	0,6	1,8	1,2
Sentar/levantar (nº Reps)	Força e resistência MI	12	9 (3,6)	5	14	9
Preensão manual MD (kg)	Força músculos mão e antebraço	14	15,4 (9,7)	0	30	30
Preensão manual ME (kg)	Força músculos mão e antebraço	13	17,5 (8)	1,0	30	29
Equilíbrio E	Equilíbrio	12	1,5 (1,4)	0	4	4
Equilíbrio D	Equilíbrio	12	1,3 (1,4)	0	4	4

Tabela 14: Caracterização da aptidão física dos doentes com OA (continuação).

Teste Físico	Componente de Aptidão Física	N	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Amplitude
Ir e vir (s)	Agilidade e equilíbrio dinâmico	9	10,9 (3,9)	5,8	18	12,2
Sentar/alcançar ME (cm)	Flexibilidade MI	9	-22,1 (14,8)	-48	0	48
Sentar e alcançar MD (cm)	Flexibilidade MI	9	-21,7 (15)	-44	0	44
Alcançar atrás costas ME (cm)	Flexibilidade MS	9	-24,5 (13)	-40	3	43
Alcançar atrás costas MD (cm)	Flexibilidade MS	9	-25,4 (14,3)	-40	1	41

ME- Membro esquerdo; MD- Membro direito; MI- Membro inferior; MS- Membro superior

Tabela 15: Caracterização subjetiva (Questionários) dos doentes com OA.

Questionário	Componente subjetiva	N	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Amplitude
HAQ	Desempenho AVD	15	2,5 (0,6)	1,6	3,9	2,3
IPAQ	Nível de AF (Mets/semana)	15	340,1 (479,7)	0	1612,5	1612,5
BPI	Severidade da dor	15	4,8 (1,5)	2,3	7	4,7
	Interferência da dor nas AVDs	15	4,2 (2,2)	0	6,9	6,9
WOMAC	Dor	12	264,9 (86,9)	140	416	276
	Rigidez articular	12	112,2 (54,1)	11	174	163
	Desempenho AVD	12	1046,9 (278,3)	631	1517	886

AVD- Atividades da vida diária; AF- Atividade física

Relativamente à hipótese I, não existe correlação (tabela 16) entre as variáveis rigidez articular (WOMAC) e a flexibilidade dos membros inferiores (esquerdo e direito) ($p>0,05$).

Nas figuras 14 e 15 visualizam-se os gráficos de dispersão das mesmas variáveis, onde se verifica a falta de associação entre elas.

Tabela 16: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis rigidez articular e flexibilidade dos membros inferiores (esquerdo e direito).

Questionário	Componente subjetiva	N= 8	Flexibilidade ME	Flexibilidade MD
WOMAC	Rigidez articular	Correlação de Pearson	-0,323	-0,287
		Valor de p	0,435	0,490

ME- membro esquerdo; MD- membro direito

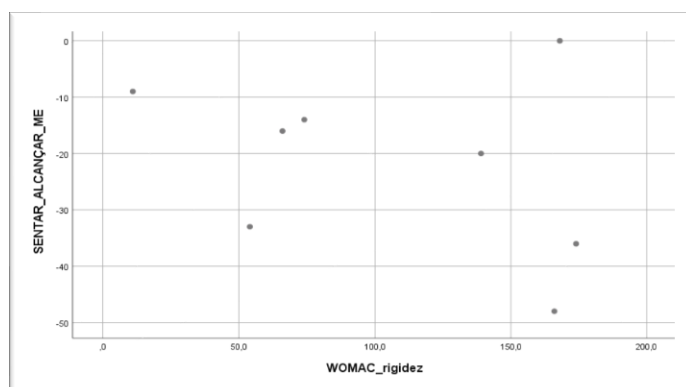


Figura 14: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis rigidez articular e flexibilidade ME.

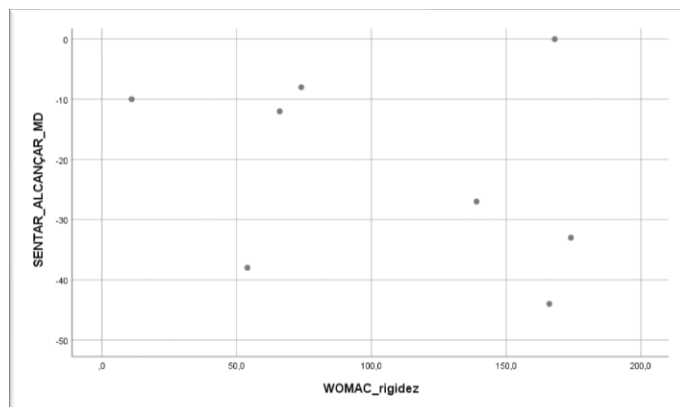


Figura 15: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis rigidez articular e flexibilidade MD.

Para a hipótese II foi realizado uma correlação de Pearson (tabela 17) e dois gráficos de dispersão (figura 16 e 17) de modo a verificar a existência de associação entre as variáveis dor e rigidez articular e a variável força e resistência dos MI.

Verificou-se uma correlação negativa entre as variáveis dor e força e resistência dos MI ($p < 0,05$) sendo que quando a variável dor aumenta, a força e resistência dos MI diminui.

Relativamente às variáveis rigidez articular e força e resistência dos MI, não se verificou correlação entre as mesmas ($p > 0,05$), sendo que as variáveis não se influenciam entre si.

Tabela 17: Resultados da Correlação (Pearson) entre as variáveis WOMAC (rigidez articular e dor) e força e resistência MI.

Questionário	Componente subjetiva	N= 10	Força e resistência MI
WOMAC	Rigidez articular	Correlação de Pearson	-0,481
		Valor de p	0,16
	Dor	Correlação de Pearson	-0,660
		Valor de p	0,038*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; **MI**- membro inferior

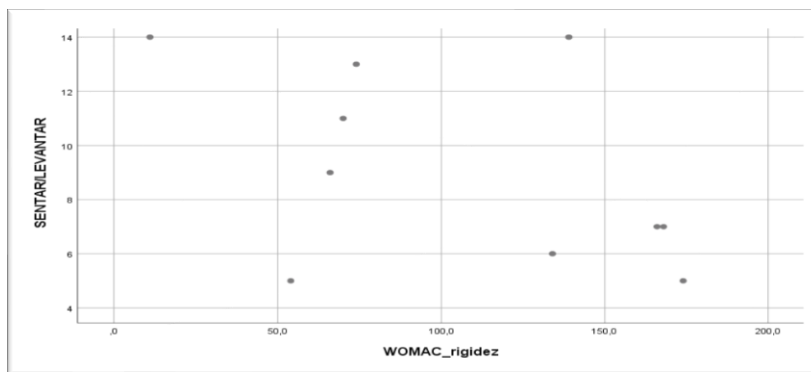


Figura 16: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis rigidez articular e força e resistência MI.

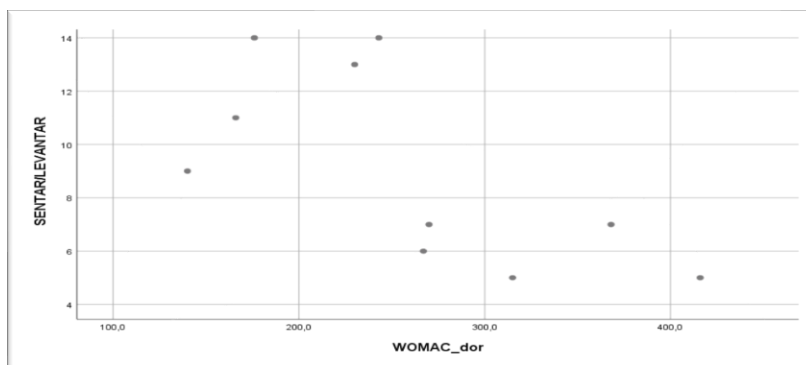


Figura 17: Gráfico de dispersão da correlação entre as variáveis dor e força e resistência MI.

4.3.3 Efeitos do Programa Domiciliário

A caracterização da aptidão física e componentes subjetivas (questionários) dos doentes que concluíram na totalidade o programa domiciliário (PD) pode ser verificada nas tabelas 18 e 19.

Tabela 18: Caracterização da aptidão física dos doentes do PD.

Teste Físico	Componente Física	N	Média (DP) 1º momento	Média (DP) 2º momento	Média (DP) Diferença
6 metros (m/s)	Velocidade de Marcha	3	1,1 (0,4)	1,1 (0,6)	0 (0,2)
Sentar/levantar (nº Reps)	Força e resistência MI	3	8,3 (4,9)	7,3 (4,9)	-1 (0)
Preensão manual MD (kg)	Força músculos mão e antebraço	3	11,2 (7,1)	13 (8,5)	1,8 (1,6)
Preensão manual ME (kg)	Força músculos mão e antebraço	3	10,2 (5,5)	13,7 (4,7)	3,5 (1,3)
Equilíbrio E	Equilíbrio	3	1,7 (0,6)	1,3 (0,6)	-0,4 (0,6)
Equilíbrio D	Equilíbrio	3	1 (0)	1,3 (0,6)	0,3 (0,6)

ME- Membro esquerdo; MD- Membro direito; MI- Membro inferior

Tabela 19: Caracterização subjetiva (Questionários) dos doentes do PD.

Questionário	Componente subjetiva	N	Média (DP) 1º momento	Média (DP) 2º momento	Média (DP) Diferença
HAQ	Desempenho AVD	3	2,3 (0,4)	2,1 (0,5)	-0,2 (0,2)
IPAQ	Nível de AF (Mets/semana)	3	644 (731,9)	830 (558,3)	186 (1200,5)
BPI	Severidade da dor	3	4,3 (2)	4,8 (0,8)	0,5 (2,6)
	Interferência da dor nas AVD	3	4,1 (2,5)	3,5 (2)	-0,6 (1,2)

AVD- Atividades da vida diária; AF- Atividade física

Considerando as médias dos dois momentos de avaliação foi possível verificar um aumento no score dos testes físicos de preensão manual em ambos os membros superiores (MS) e no equilíbrio do membro inferior (MI) direito, e uma diminuição no sentar/levantar e equilíbrio do MI esquerdo. Relativamente às componentes subjetivas, observando as médias dos dois momentos de avaliação verificou-se uma diminuição da interferência da dor nas AVD (BPI e HAQ) e um aumento do nível de AF e da severidade da dor.

4.4 Discussão dos Resultados

4.4.1 Amostra Geral

As Doenças reumáticas (DR) constituem o grupo de doenças mais comuns nos países desenvolvidos originando um grande problema médico, social e económico (Branco et al., 2014). O Exercício físico (EF) é benéfico para os doentes com patologias reumáticas, não só porque provoca melhorias na sua aptidão física e composição corporal, mas também porque evita ou atenua a progressão dos sintomas associados à sua patologia (ACSM, 2017; Benatti & Pedersen, 2015; Hunter & Eckstein, 2009; Musumeci, 2015; Thomas, 2013).

Na caracterização sociodemográfica da amostra dos doentes do Instituto Português de Reumatologia (IPR), verificou-se que a mesma foi constituída essencialmente por mulheres (91,7 %) e com idades compreendidas entre os 55 e os 84 anos (79,9%), confirmando a maior prevalência das DR no sexo feminino assim como o aumento do risco das mesmas com o aumentar da idade (Johansson, 2005; Branco & Canhão, 2015). Quando analisado o seu IMC, verificou-se que apenas 20,2% se encontra na zona saudável (peso normal), com os restantes 71,8% com excesso de peso ou obesidade. Estes dados aparentam ir de acordo à constatação de que os doentes reumáticos tendem a ser menos ativos e por conseguinte, e em conjunto com o avanço da patologia, acumular maiores quantidades de gordura (Benatti & Pedersen, 2015).

A patologia mais frequente durante a intervenção no IPR, foi declaradamente a Artrite Reumatoide (AR) (37,5%) seguida da Fibromialgia (17,4%), com a Osteoartrose (OA) e a Lombalgia a constituírem apenas 10,4% e 3,5 respetivamente. Estes resultados podem, de certa forma se afastar um pouco das prevalência obtidas pelo EpireumaPT aquando do estudo epidemiológico de larga escala em Portugal, especialmente na prevalência da AR, que se mostrou ser ao longo da intervenção, a principal DR dos doentes com necessidade de internamento no IPR (Branco et al., 2016). Esta alta prevalência da AR corrobora a constatação de Branco et al (2014), ao concluir que os doentes com AR são aqueles que apresentam uma pior qualidade de vida seguido pelos doentes com Fibromialgia. Esta pior qualidade de vida, pode representar uma maior necessidade dos doentes portugueses em procurarem ajuda e desta forma, necessitarem

de tratamento específico de forma a melhorar a sua qualidade de vida, havendo assim a necessidade do seu internamento no IPR.

A caracterização da aptidão física e das componentes subjetivas (questionários) da amostra geral e dos doentes com OA demonstrou uma elevada amplitude de resultados em todos os testes físicos e questionários aplicados. Esta elevada diferença de resultados pode resultar da existência de uma grande diversidade patológica com DR, que se caracterizam por sintomas mais acentuados e incapacitantes e, ainda com o facto dos doentes se encontrarem em fases diferentes da sua patologia. Deve ainda ser tido em conta que o momento da avaliação dos doentes do IPR não foi sempre constante, ou seja, alguns eram avaliados no 1º dia quando chegavam à instituição, enquanto outros apenas foi possível realizar as avaliações numa fase mais avançada onde possivelmente já apresentavam menores sintomas associados à sua patologia e/ou uma melhor capacidade física para a realização dos testes físicos, em resultado da terapia farmacológica.

Estudos demonstram que as DR provocam lesões no sistema locomotor levando a uma incapacidade do doente, sendo a principal causa de dor e incapacidade severa de longa duração, reduzindo drasticamente a sua qualidade de vida (EUMUSC, 2014; Kłak et al., 2016). Os resultados obtidos vão de acordo com os estudos acima, tendo-se verificado uma diminuição da força e resistência dos MI e da velocidade da marcha com o aumento da dor nos DR em geral. Mais especificamente, quanto maior foi a interferência da dor, menor foi a velocidade da marcha dos doentes, resultando numa redução da capacidade em andar a pé rapidamente.

Doentes Reumáticos devido às dores e limitações funcionais podem sentir maiores dificuldades na realização de certas atividades, diminuindo assim o seu nível de AF, não devendo descurar a sua realização dado os benefícios no controlo dos seus sintomas (ACSM, 2017). Os resultados obtidos são contrários, dado não ter havido uma associação significativa entre o nível de AF e a dor (severidade e interferência) e desempenho das AVD. Esta falta de correlação pode-se dever ao facto de, apesar de haver uma grande amplitude de resultados relativos ao nível de AF, o número de doentes que se pode considerar ativos ou que pratiquem AF/EF regular ser muito reduzido, não sendo assim possível obter uma associação significativa.

4.4.2 Osteoartrose

Os resultados obtidos através de correlações entre as variáveis da amostra dos doentes com OA, demonstraram uma diminuição da força e resistência MI com o aumento da dor, que tal como na amostra geral, vai de acordo com as afirmações de Klak et al. (2016) e EUMUSC (2014). No entanto, nos doentes com OA não se verificou uma associação significativa da rigidez articular com a força e resistência MI e a flexibilidade MI. Esta falta de associação pode ser justificada pela falta de doentes com OA para efetuar as correlações, sendo que o n da amostra foi de apenas 10 e 8 respetivamente. Outra hipótese para a falta de associação pode ser devido ao facto de ser uma amostra genérica de OA e não apenas uma amostra de patologias de OA dos MI.

4.4.3 Programa Domiciliário

O programa domiciliário (PD) foi transmitido aos doentes com o intuito de ajudar a recuperar, manter ou melhorar a sua condição física, nível de atividade física e ajudar ainda no controlo dos sintomas da patologia. Observando apenas as médias do 1º momento e do 2º momento de avaliação e apesar do número reduzido da amostra (n=3) não permite retirar grandes conclusões, foi possível verificar um aumento do nível de atividade física (METs/semana) dos doentes que realizaram o PD.

5. Conclusão e Reflexão final

No início deste documento, foi mencionado que um dos principais motivos para a minha decisão pelo estágio curricular tinha sido o acreditar sinceramente que é quando saímos da zona de conforto, que realmente evoluímos como pessoas e profissionais, sendo as dificuldades sentidas ao longo do percurso do estágio e a maneira como lidamos com ela uma experiência que nos irá acompanhar ao longo da vida profissional.

A intervenção no IPR foi realizada sob muitas dificuldades, não tendo sido um estágio académico propriamente fácil. O sedentarismo dos doentes, a sua dificuldade em realizar os testes físicos e os exercícios do programa domiciliário (PD), em conjunto com a falta de interação da equipa multidisciplinar não só connosco, mas a meu ver também entre os diversos profissionais do IPR foram as principais dificuldades sentidas que dificultaram a correta intervenção junto dos doentes.

O facto de a profissão de Fisiologista do exercício ainda ser algo relativamente novo, faz com que a nossa integração como profissionais numa equipa multidisciplinar em contexto clínico seja algo novo e, por conseguinte, difícil de se concretizar na forma mais eficiente possível, não só para nós como para as restantes áreas da Saúde. A falta de conhecimento dos doentes relativamente ao Fisiologista do exercício e os benefícios da nossa intervenção na sua saúde origina também dificuldades para uma correta intervenção.

Desta forma, há a necessidade de divulgar não só aos doentes como aos restantes profissionais do corpo clínico a importância da profissão do Fisiologista do Exercício, não só nos benefícios inerentes aos doentes, como também no complemento e auxílio que esta profissão oferece aos profissionais das restantes áreas da Saúde.

Assim sendo, procuramos estratégias de modo a combater as dificuldades sentidas. Esta constante procura de alternativas de modo a conseguir intervir da melhor forma possível fez-me aperfeiçoar e adquirir competências que serão uma mais valia não só em termos profissionais, mas também a nível pessoal.

Estas dificuldades sentidas ficaram evidenciadas com a baixa adesão dos doentes ao programa domiciliário (PD), sendo que somente três doentes concluíram o PD na totalidade com a realização da reavaliação. Este baixo número da amostra não permitiu retirar conclusões alusivas à eficiência do PD nos doentes do internamento o que seria, a meu ver, a conclusão mais interessante a ser retirada relativamente a este estágio curricular.

De qualquer forma, é importante compreender que nem sempre, não só na vida pessoal como profissional, a realidade corresponde na plenitude às nossas expectativas iniciais, sendo que o mais importante é retirar das dificuldades sentidas as melhores aprendizagens possíveis e levar esta experiência como “bagagem” para o longo futuro profissional que se avizinha, sabendo que de aqui em diante estarei melhor preparado para lidar com dificuldades semelhantes às sentidas neste estágio curricular.

Bibliografia

Alley, D. E., Shardell, M. D., Peters, K. W., McLean, R. R., Dam, T. T. L., Kenny, A. M., ... & Ferrucci, L. (2014). Grip strength cutpoints for the identification of clinically relevant weakness. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 69(5), 559-566.

American College of Sports Medicine (ACSM) (2017). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 10th edition, Philadelphia, PA Wolters Kluwer Health.

Arthritis Foundation. (2018a). About Arthritis. *Types. Osteoarthritis. What is Osteoarthritis* Retirado de: <https://www.arthritis.org/about-arthritis/types/osteoarthritis>.

Arthritis Foundation. (2018b). About Arthritis. *Types. Osteoarthritis. Symptoms* Retirado de: <https://www.arthritis.org/about-arthritis/types/osteoarthritis/symptoms.php>.

Arthritis Foundation. (2018c). About Arthritis. *Types. Osteoarthritis. Treatment* Retirado de: <https://www.arthritis.org/about-arthritis/types/osteoarthritis/treatment.php>.

Baptista F, Sardinha LB. Avaliação da aptidão física e do equilíbrio de pessoas idosas: baterias de Fullerton. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana; 2005.

Benatti, F. B., & Pedersen, B. K. (2015). Exercise as an anti-inflammatory therapy for rheumatic diseases-myokine regulation. *Nature reviews. Rheumatology*, 11(2), 86–97. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2014.193>.

Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L. (2009). The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis research & therapy*, 11(4), R120. Doi: doi.org/10.1186/ar2783.

Branco, J. C., & Canhão, H. (2011). Estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal-epireumapt. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 36(3), 203–204.

Branco, J. C., & Canhão, H. (2015). EpiReumaPt – desenvolvimento e consequências. *Acta Reumatol Port.*, 40, 106–109. Obtido de http://www.actareumatologica.com/files/section/e203_s1085_epireumapt_development_and_consequences_file.pdf.

Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., ... Canhão, H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their

impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open*, 2(1).

<https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>.

Branco, J. da C., Canhão, H., Ramiro, S., Mourão, A. F., Silva, I., Machado, P., & Lares, P. (2014). Estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal.

EpiReumaPt, 8. Obtido de

http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf.

Caspersen, C., Powell, J. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*.126-131.

Cesari, M., Kritchevsky, S. B., Penninx, B. W., Nicklas, B. J., Simonsick, E. M., Newman, A. B., ... & Visser, M. (2005). Prognostic value of usual gait speed in well-functioning older people—results from the health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(10), 1675-1680.

Cleeland, C. (2009). The Brief Pain Inventory User Guide. *The Brief Pain Inventory*, 3–4. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.07.001>.

Corbacho, M. I., & Daputo, J. J. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*, 50(1), 31-43.

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>.

Der Ananian, C., Wilcox, S., Saunders, R., Watkins, K., & Evans, A. (2006). Factors that influence exercise among adults with arthritis in three activity levels. *Preventing chronic disease*, 3(3), A81.

DGS. (2005). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Direcção Geral da Saúde*, <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

Espanha, M. (2013). *Dor e Exercício na Osteoartrose*. *Dor*, 21(2), 5-14.

Espanha, M., Marconcin, P., Yázigi, F., Marques, A., Machado, M., Campos, P., & Carrão, L. (2015). *Guia para viver em PLE2NO: com menos dor e mais qualidade de vida*. Lisboa: FMH- Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional

EUMUSC. (2014). Musculoskeletal Health in Europe Report v5.0. *European Musculoskeletal Health Surveillance and Information Network*, 1–13.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4712-1>.

Fairbank, J. C., & Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry disability index. *Spine*, 25(22), 2940-2953.

Garrett, S., Jenkinson, T., Kennedy, L. G., Whitelock, H., Gaisford, P., & Calin, A. (1994). A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *The Journal of rheumatology*, 21(12), 2286-2291.

Hunter, D. J., & Eckstein, F. (2009). Exercise and osteoarthritis. *Journal of Anatomy*, 214(2), 197–207. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7580.2008.01013.x>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013a) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *A instituição. Quem somos*. Retirado de:
<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=114>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013b) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Contactos*. Retirado de:
<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=ContactPage>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013c) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Serviços*. Retirado de:
<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=109>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013d) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Serviços. Consultas*. Retirado de:
<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=247>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013e) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Serviços. Exames/Técnicas*. Retirado de:
<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=250>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013f) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Serviços. Hospital de dia*. Retirado de:

<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=249>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013g) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Reabilitação/Terapias. A importância da Atividade Física nas Doenças Reumáticas*. Retirado de:

<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=276>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013h) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Serviços. Medicina Física e de Reabilitação*. Retirado de:

<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=253>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013i) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Serviços. Serviço Social*. Retirado de:

<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=252>.

Instituto Português de Reumatologia. (IPR) (2013j) Há mais de 60 anos a tratar o doente reumático. *Serviços. Internamento*. Retirado de:

<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=248>.

Johansson, J. (2005). 10 Things You Should Know About Rheumatic Disease. *European League Against Rheumatism (EULAR)*, 440, 1–3.

Kłak, A., Raciborski, F., & Samel-Kowalik, P. (2016). Social implications of rheumatic diseases. *Reumatologia*, 54(2), 73–78. <https://doi.org/10.5114/reum.2016.60216>.

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR 2014a). Núcleos. Núcleo Osteoartrose. Sobre a Osteoartrose. Retirado de:

<https://www.lpcdr.org.pt/nucleos/nucleo-osteoartrose/107-sobre-a-osteoartrose>

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR 2014b). Núcleos. Núcleo Osteoartrose. Qual o papel do exercício na Osteoartrose?. Retirado de:

<https://www.lpcdr.org.pt/nucleos/nucleo-osteoartrose/160-qual-o-papel-do-exercicio-na-osteoartrose>


Litwic, A., Registrar, S., Edwards, M., & Clinical, M. (2013). Europe PMC Funders Group Epidemiology and Burden of Osteoarthritis, 44(0), 185–199.

<https://doi.org/10.1093/bmb/lds038>.Epidemiology

- McConnell, S., Kolopack, P., & Davis, A. M. (2001). The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): a review of its utility and measurement properties. *Arthritis & Rheumatism*, 45(5), 453–461.
[https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200110\)45:5<453::AID-ART365>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200110)45:5<453::AID-ART365>3.0.CO;2-W)
- Musumeci, G. (2015). Effects of exercise on physical limitations and fatigue in rheumatic diseases. *World Journal of Orthopedics*, 6(10), 762.
<https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i10.762>
- Thomas, J. L. (2013). Helpful or harmful? Potential effects of exercise on select inflammatory conditions. *Phys Sportsmed*, 41(4), 93–100.
<https://doi.org/10.3810/psm.2013.11.2040>
- van Reenen, M., & Oppe, M. (2015). EQ-5D-3L user guide: basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. *EuroQol Research Foundation*, (April), 22.
<https://doi.org/1-25>
- Yázigi, F., Espanha, M., Vieira, F., Messier, S. P., Monteiro, C., & Veloso, A. P. (2013). The PICO project: Aquatic exercise for knee osteoarthritis in overweight and obese individuals. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-320>

Anexos

Anexo 1: Folheto informativo



Folheto Informativo

Quem somos?
Somos estagiários do Mestrado em Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana.




Qual o nosso papel no Instituto Português de Reumatologia?

- Avaliação da aptidão física
- Prescrição de um programa domiciliário de exercício físico
- Avaliação da capacidade funcional

Em que consiste a nossa intervenção?

- Aplicação de questionários
- Realização de testes físicos
- Aconselhamento para a atividade física/ exercício físico
- Ensino do programa domiciliário
- Acompanhamento telefónico semanal do programa domiciliário
- Reavaliação após 8 semanas

Os estagiários:
Guilherme Ferreira
Vera Alexandre

Folheto Informativo

Quem somos?
Somos estagiários do Mestrado em Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana.




Qual o nosso papel no Instituto Português de Reumatologia?

- Avaliação da aptidão física
- Prescrição de um programa domiciliário de exercício físico
- Avaliação da capacidade funcional

Em que consiste a nossa intervenção?

- Aplicação de questionários
- Realização de testes físicos
- Aconselhamento para a atividade física/ exercício físico
- Ensino do programa domiciliário
- Acompanhamento telefónico semanal do programa domiciliário
- Reavaliação após 8 semanas

Os estagiários:
Guilherme Ferreira
Vera Alexandre

Folheto Informativo

Quem somos?
Somos estagiários do Mestrado em Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana.



Qual o nosso papel no Instituto Português de Reumatologia?

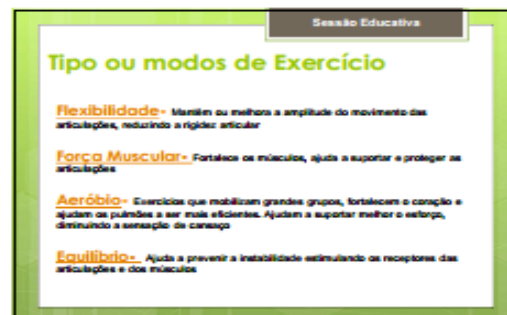
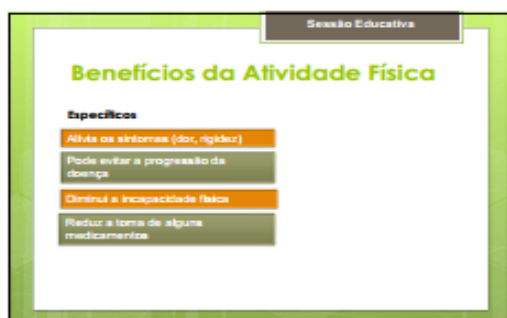
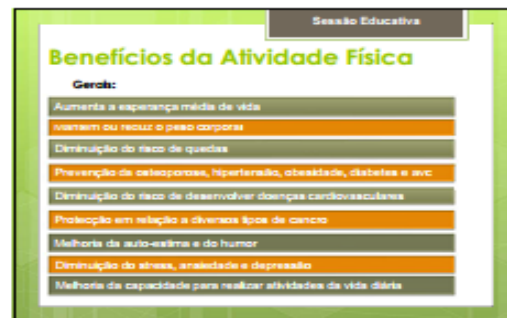
- Avaliação da aptidão física
- Prescrição de um programa domiciliário de exercício físico
- Avaliação da capacidade funcional

Em que consiste a nossa intervenção?

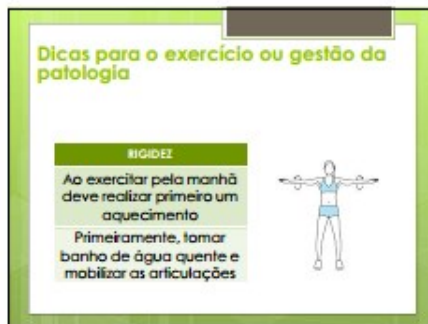
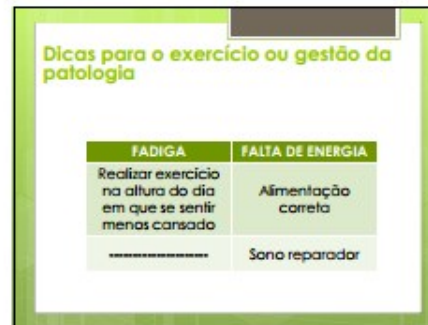
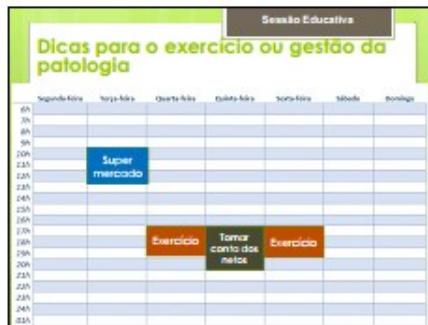
- Aplicação de questionários
- Realização de testes físicos
- Aconselhamento para a atividade física/ exercício físico
- Ensino do programa domiciliário
- Acompanhamento telefónico semanal do programa domiciliário
- Reavaliação após 8 semanas

Os estagiários:
Guilherme Ferreira
Vera Alexandre

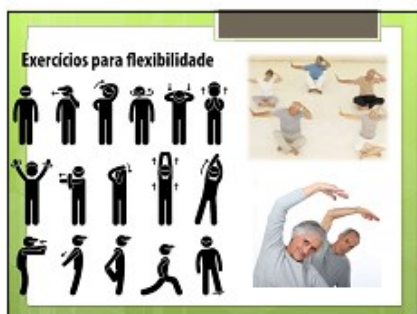
Anexo 2: Sessão Educativa

03/03/2018




03/03/2018


Folha de Registo



Anexo 3: Folha de Relatório Individual da Aptidão Física



Relatório Individual da Aptidão Física



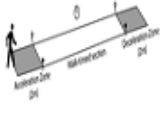
Nome: _____ **Idade:** _____
Data Inicial: _____ **Data Final:** _____

Como está: ☺ Normal ou acima do normal ☹ Abaixo do normal

Índice de Massa Corporal (Peso/estatura (m)²) **Como está:**

Avaliação		Obesidade		
Inicial	<input type="text"/> kg/m ²	Baixo Peso <18,5	Peso Normal 18,5 a 24,9	Excesso de Peso 25,0 a 29,9
Final	<input type="text"/> kg/m ²	Grau I 30,0 a 34,9	Grau II 35,0 a 39,9	Grau III >40

6 Metros marcha - Avalia a velocidade da marcha




Avaliação **Como está:**

Inicial	<input type="text"/>	☺ ☹
Final	<input type="text"/>	☺ ☹

Valores de referência
> 0,8 m/s

Valores inferiores aos de referência são indicativos de *sarcopenia* (perda de força e massa muscular).

Levantar e sentar da cadeira (30s) – Avalia a força dos membros inferiores



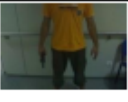
Avaliação **Como está:**

Inicial	Reps	☺ ☹
Final	Reps	☺ ☹

Valores de referência

Faixa etária	65-74	75-84	≥85
Homens	15	12	11
Mulheres	13	11	10

Preensão Manual - Avalia a força dos músculos da mão e antebraço



Avaliação **como está:**


	Direita	Esquerda	
Inicial	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	☺ ☹
Final	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	☺ ☹

Valores de referência

Homens	≥ 30
Mulheres	≥ 20

Valores inferiores aos de referência são indicativos de *sarcopenia* (perda de força e massa muscular).

Equilíbrio sobre um pé - Avalia a capacidade para manter o equilíbrio sobre um apoio



Avaliação Inicial **Como está:**

Membro		
Direito	<input type="text"/>	☺ ☹
Esquerdo	<input type="text"/>	☺ ☹

Avaliação Final **Como está:**

Membro		
Direito	<input type="text"/>	☺ ☹
Esquerdo	<input type="text"/>	☺ ☹

Valores de referência

- ☹ 0 – Incapaz de manter a posição, ou necessita de ajuda para prevenir a queda.
- ☺ 1 – Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda, mas incapaz de manter a posição mais de 5 segundos.
- ☺ 2 – Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição mais de 5, mas menos de 12 segundos.
- ☺ 3 – Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição mais de 12, mas menos de 20 segundos.
- ☺ 4 – Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição durante 20 segundos.

Avaliador: _____

Anexo 4: Folheto de Aconselhamento AF / EF

Dicas para a prática de Atividade Física e gestão da patologia

	Seg.	Ter.	Quar.	Quin.	Sex.	Sáb.	Dom.
Manhã							
Tarde							

Gestão das atividades diárias: Realizar atividade física nos dias que tem menos tarefas domésticas e obrigações familiares.

Rigidez: Antes de exercitar deve tomar banho de água quente e mobilizar as articulações (se estiver numa fase aguda/inflamação evitar água quente).

Falta de energia: Ter uma alimentação correta e sono reparador, alternar o esforço com o repouso. Realizar exercício na altura do dia em que se sentir menos cansado.

Organização:

Guilherme Ferreira
Vera Alexandre

Mestrado em Exercício e Saúde

fMH FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

Instituto Português de Reumatologia

Folheto de aconselhamento para a prática de Atividade Física

Benefícios da Atividade Física

Gerais:

- Aumenta a esperança média de vida
- Mantém ou reduz o peso corporal
- Diminui o risco de quedas
- Melhora a capacidade para realizar atividades da vida diária
- Diminui o risco de desenvolver doenças do coração e dos vasos sanguíneos
- Previne a osteoporose e a diabetes
- Protege em relação a alguns tipos de cancro
- Melhora a auto-estima e o humor
- Diminui o stress, ansiedade e depressão

Específicos:

- Alivia os sintomas (dor, rigidez)
- Pode evitar a progressão da doença
- Diminui a incapacidade física
- Reduz a toma de alguns medicamentos

Atividade Física

Atividade física- qualquer movimento corporal que dele resulte um gasto energético.

Caminhar
 Nadar
 Tarefas domésticas

Exercício Físico- é um plano estruturado e repetitivo com o objectivo de melhorar a aptidão física (cardiorrespiratória, flexibilidade, força, resistência muscular e equilíbrio.)

Hidroginástica
 Ginástica de Manutenção
 Treino de força

Tipo ou modo de exercícios



Flexibilidade- Mantém ou melhora a amplitude do movimento das articulações, reduzindo a rigidez articular.

Força Muscular- Fortalece os músculos e ajuda a suportar e proteger as articulações.

Aeróbio- Exercícios que mobilizam grandes grupos musculares, fortalecem o coração e ajudam os pulmões a ser mais eficientes. Ajudam a suportar melhor o esforço diminuindo a sensação de cansaço.

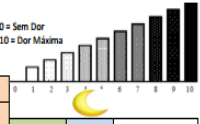
Equilíbrio- Ajudam a prevenir a instabilidade estimulando os receptores das articulações e dos músculos.

Anexo 5: Diário de treino

Diário de Treino

0 = Sem Dor
10 = Dor Máxima



Semana ____ a ____	Dia da Semana	Dor Manhã	Dor no Início do Exercício	Segundos	Flexibilidade						Nº da Série	Repet.	Força						Dor no Final do Exercício	Dor Máxima durante o Dia *	Observações **
					A		B		C				D		E		F				
					Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo			Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo					
1ª Semana ____ a ____				10							1	6									
2ª Semana ____ a ____				10							1	8									
3ª Semana ____ a ____				12							1	10									
4ª Semana ____ a ____				12							1	12									
5ª Semana ____ a ____				14							2	6									
6ª Semana ____ a ____				16							2	8									
7ª Semana ____ a ____				18							2	10									
8ª Semana ____ a ____				20							2	12									

* Registo feito à noite
 ** Na coluna observações deverá escrever alguma situação fora do normal que possa ter interferido na realização dos exercícios (ex: quedas, medicação)
 Deve marcar "certo" ✓ ou "errado" ✗, dependendo se conseguiu ou não fazer o número de repetições dos exercícios
 Os exercícios em cadeia, a cadeia deve estar encostada à parede

Anexo 6: Folha de explicação

1º passo

- Colocar o dia da semana

2º passo

- Registrar a dor de manhã ao levantar (ver escala de dor)

3º passo

- Registrar a dor antes de realizar os exercícios (ver escala de dor)

4º passo

- Ver o número de séries e repetições
 - Exemplo:
 - 1 série / 6 repetições – realiza o exercício 6 vezes sem descanso
 - 2 séries / 6 repetições – realiza o exercício 6 vezes, faz pausa de 1 minuto e volta a realizar o mesmo exercício

5º passo

- Realizar os exercícios e colocar um "certo" ✓ ou "errado" ✗, dependendo se conseguir ou não fazer o número de repetições dos exercícios. Se não conseguir fazer todas as repetições, coloca o número de repetições que conseguiu realizar.

6º passo

- Realizar o registo da dor, imediatamente após realizar todos os exercícios (ver escala de dor)

7º passo

- Registrar a dor máxima durante o dia. Este registo é feito antes de deitar, e tem em conta a intensidade máxima da dor que sentiu durante o dia (ver escala de dor)

8º passo

- Na coluna "Observações", registre a(s) atividade(s) que possa(m) ter causado mais dor no joelho, por exemplo: ir ao supermercado, subir/descer escadas, etc.



Exercício A – Sentada mais à ponta da cadeira, estica uma perna com o calcanhar apoiado no chão e com a ponta do pé a apontar para cima. Com os braços esticados e uma mão por cima da outra, tentar alcançar a ponta do pé ou ultrapassá-la (se conseguir), sem dobrar o joelho e com as costas direitas.



Exercício B – Em pé ou deitada, dobrar o joelho atrás o máximo possível, com ou sem a ajuda de uma toalha colocada no tornozelo, se necessário. Os joelhos ficam juntos enquanto realiza o exercício.



Exercício C – De pé, levantar um dos braços e dobrá-lo, colocando a palma da mão virada para as costas. O outro braço, colocado acima da cabeça, apoia no cotovelo do outro braço, fazendo pressão para baixo.



Exercício D – Com a cadeira encostada à parede, levantar com as mãos apoiadas nos "braços" da cadeira, fazendo o máximo de força possível para baixo(chão) quer com as mãos quer com os pés.



Exercício E – Sentada, com uma perna dobrada e apoiada confortavelmente no chão, levantar a outra perna ao nível do joelho e voltar a baixar lentamente, sem o pé tocar no chão entre as repetições.



Exercício F – De pé ou deitada de lado, com as costas direitas e as mãos a apoiar o corpo para que este não "rebole". Com as pernas esticadas, levantar a perna de cima e voltar a baixá-la, não juntando à outra que está parada.



Exercício G – De pé e com os braços esticados, levantar até à altura dos ombros e descer lentamente sem que estes toquem no corpo. Os braços sempre esticados.

Nota: Nos exercícios em cadeira, a cadeira deve estar encostada à parede.

*Anexo 7: Questionário de caracterização do doente***QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO**

Primeiro Nome: _____ Último Nome: _____		ID: _____
Data de Entrada: _____ Data de Saída: _____		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Peso _____ kg Altura _____ cm
Idade _____ Data de Nascimento: ____/____/____		
Contacto: _____		
Etnia: Caucasiana <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Outra _____		
Localidade: _____		
Estado Civil:		
Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separado, mas ainda legalmente casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>		
Ocupação actual:		
Reformado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Ocupação antes da reforma:		
Apesar de reformado tem alguma ocupação?		
Foi atleta de competição? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Durante quantos anos?		
Qual modalidade:		
Nível de escolaridade: Nenhum <input type="checkbox"/> Primário/Primeiro Ciclo <input type="checkbox"/> 2º, 3º Ciclo <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/>		
Mão dominante: Direita: <input type="checkbox"/> Esquerda: <input type="checkbox"/>		
Membro superior mais doloroso: Direito: <input type="checkbox"/> Esquerdo: <input type="checkbox"/> Articulação:		
Obs:		
Membro inferior mais doloroso: Direito: <input type="checkbox"/> Esquerdo: <input type="checkbox"/> Articulação:		
Obs:		
Usa auxiliar de marcha:		
Não: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Qual:		
Prótese:		
Não: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Qual:		
Patologia:		

Anexo 8: Questionário de caracterização do doente

STUDY ID#: _____ DO NOT WRITE ABOVE THIS LINE HOSPITAL #: _____

Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

Data: ____/____/____

Hora: _____

Nome: _____

Apelido

Nome próprio

1. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Teve alguma dor diferente destas dores comuns hoje?

1. Sim

2. Não

2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.

3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo nas últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu mínimo nas últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em média.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6. Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor nesto preciso momento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

Página 1 de 2

STUDY ID#: _____ DO NOT WRITE ABOVE THIS LINE HOSPITAL#: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Nome: _____

Apelido _____ Nome próprio _____

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8. Nas últimas 24 horas, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

9. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante as últimas 24 horas, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A. Actividade geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

B. Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

C. Capacidade para andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

D. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

E. Relações com outras pessoas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

F. Sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

G. Prazer de viver

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

Página 2 de 2

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved.

Anexo 9: Questionário EQ-5D-3L

EQ-5D, EuroQol Group

Nº _____

Pedimos que assinale com um X (☒) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.²

11. Mobilidade

- Não tenho problemas em andar 1
- Tenho alguns problemas em andar 2
- Tenho de estar na cama 3

12. Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais 1
- Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me 2
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a 3

13. Atividades Habituais*(ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)*

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais 1
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais 2
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais 3

14. Dor/Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar 1
- Tenho dores ou mal-estar moderados 2
- Tenho dores ou mal-estar extremos 3

15. Ansiedade/Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a 1
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a 2
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a 3

²EQ-5D, EuroQol Group

Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

EQ-5D, EuroQol Group

Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.

A escala à direita está numerada de 0 a 100 em que

100 significa a melhor saúde que possa imaginar e

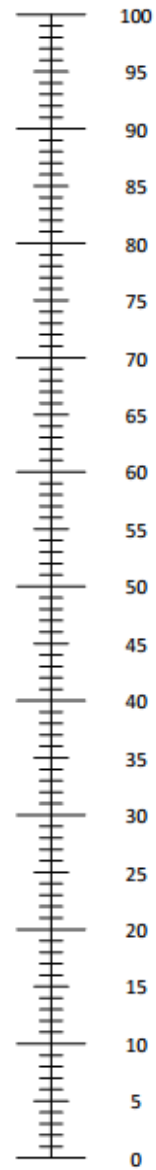
0 significa a pior saúde que possa imaginar.

Por favor, coloque uma cruz (☒) na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.

Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

16. A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

EQ-5D, EuroQol Group

Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Anexo 10: Questionário HAQ**Versão Portuguesa do HAQ-c**

Nome _____ Data ____/____/____

HAQ - Versão Portuguesa

Para cada questão numerada assinalar uma e só uma resposta, aquela que no seu entender melhor descreva as suas capacidades médias na SEMANA QUE PASSOU.

Estamos interessados em saber como e que a sua dorça o afecta no seu dia a dia

Para cada questão numerada assinalar uma e só uma resposta, aquela que no seu entender melhor descreva as suas capacidades médias na SEMANA QUE PASSOU.

1. Vestir-se e arranjá-lo	Sem	Com	Com	Com
Consegue	Qualquer	alguma	muita	Incapaz
	difficuldade	difficuldade	difficuldade	
Vestir-se incluindo abotoar a roupa e usar os sapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar o cabelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Levantar-se				
Consegue				
Erguer-se de uma cadeira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deitar e levantar-se da cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cortar				
Consegue				
Cortar a carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levar a bancalada ou uma cadeira cheia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abir pela primeira vez um pacote de leite de curdo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Caminhar				
Consegue				
Caminhar fora de casa em terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saber cinco degraus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinalar qual destes UTENSÍLIOS usa habitualmente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bregala | <input type="checkbox"/> Auxiliares para se vestir (calcedora, roupa de banho, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Anelheito | <input type="checkbox"/> Adaptações na casa ou nos seus utensílios |
| <input type="checkbox"/> Muleta ou canelinho | <input type="checkbox"/> Cadeiras especiais |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Outro (descrever) _____ |

Assinalar as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de OUTRA PESSOA:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestir-se e arranjá-lo | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Levantar-se | <input type="checkbox"/> Caminhar |

5. Higiene	Sem	Com	Com	Com
Consegue	Qualquer	alguma	muita	Incapaz
	difficuldade	difficuldade	difficuldade	
Lavar e limpar todo o corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar banho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentar e levantar-se do sanitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alcançar				
Consegue				
Alcançar e trazer até si um objecto de cerca de 2,5 kg colocado acima da sua cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curvar-se e apertar roupas estendidas no chão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pressão				
Consegue				
Abir as portas do carro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abir as tampas de frascos que já tinham sido abertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abir e fechar torneiras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Actividades				
Consegue				
Fazer compras e receitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar e sair de um carro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer a lição da casa (por ex. aspirar o pó, varrer ou fazer jardinagem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinalar qual destes UTENSÍLIOS usa habitualmente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sonda mais alta | <input type="checkbox"/> Pegos no banheiro |
| <input type="checkbox"/> Biscoito para tomar banho | <input type="checkbox"/> Peças de pressão |
| <input type="checkbox"/> Abre-biscoitos (para biscoitos ressecados já abertos) | <input type="checkbox"/> Adaptações com pregos longos para a higiene pessoal |
| | <input type="checkbox"/> Outro (descrever) _____ |

Assinalar as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de OUTRA PESSOA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene pessoal | <input type="checkbox"/> Agarrar e abir objectos |
| <input type="checkbox"/> Alcançar objectos | <input type="checkbox"/> Trabalho doméstico e compras |

AVALIAÇÃO DA DOR PELO DOENTE

Sem dor _____ por dor possível

Peixe para se fazer para comer na festa a passar a dor

*Anexo 11: Questionário IPAQ***IPAQ** QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA - Versão Portuguesa Curta

Este questionário inclui questões sobre a actividade física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para outro, no trabalho, nas actividades domésticas (femininas ou masculinas), na jardinagem e nas actividades que efectua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As questões referem-se à actividade física que realiza numa **semana normal**, e **não em dias excepcionais**, como por exemplo, no dia em que fez a mudança da casa.

Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa activa.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Actividade física vigorosa refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e a respiração fica muito mais intensa que o normal.

Actividade física moderada refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e a respiração fica um pouco mais intensa que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1a Durante a última semana, quantos **dias** fez actividade física **vigorosa** como levantar e/ou transportar objectos pesados, cavar, realizar ginástica aeróbica, correr, nadar, jogar futebol ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

_____ dias por semana
 _____ Nenhum (passe para a questão 2a)

1b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física **vigorosa**?
 _____ horas _____ minutos

2a Durante a última semana, quantos **dias** fez actividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objectos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada, actividades domésticas (ex: esfregar, aspirar), cuidar do jardim, fazer trabalhos de carpintaria, jogar ténis de mesa? Não inclua o andar/caminhar.

_____ dias por semana
 _____ Nenhum (passe para a questão 3a)

2b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física moderada?
 _____ horas _____ minutos

3a Durante a última semana, quantos dias **andou/caminhou** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

_____ dias por semana
 _____ Nenhum (passe para a questão 4a)

3b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias a andar/caminhar?
 _____ horas _____ minutos

3c A que **ritmo** costuma caminhar?

_____ **Vigoroso**, que toma a sua respiração muito mais intensa que o normal;
 _____ **Moderado**, que toma a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;
 _____ **Lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração.

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem por exemplo o tempo em que está sentado à mesa ou à secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

4a Quanto **tempo**, no total, passou sentado(a) durante um dos dias de semana (segunda-feira a sexta-feira)? _____ horas _____ minutos

4b Quanto **tempo**, no total, passou sentado(a) durante um dos dias de fim-de-semana (sábado ou domingo)? _____ horas _____ minutos

CHRONIC DISEASE SELF-MANAGEMENT PROGRAM - QUESTIONNAIRE CODE BOOK, STANFORD UNIVERSITY (2007)

*Anexo 12: Questionário PB-E***PB-E**

Para si, uma importante barreira para a realização de exercício ou actividade física é:

	DISCORDO ABSOLUTAMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO ABSOLUTAMENTE
1. Estou cheia de trabalho.	1	2	3	4	5
2. O exercício interfere com a escola ou trabalho.	1	2	3	4	5
3. Não tenho tempo suficiente.	1	2	3	4	5
4. Sou muito preguiçosa.	1	2	3	4	5
5. Não tenho motivação suficiente.	1	2	3	4	5
6. Estou muito cansada.	1	2	3	4	5
7. Estou demasiado fatigada com o exercício.	1	2	3	4	5
8. O exercício é aborrecido para mim.	1	2	3	4	5
9. O exercício é muito inconveniente.	1	2	3	4	5
10. Tenho uma limitação por razões de saúde.	1	2	3	4	5
11. Tenho demasiadas obrigações familiares.	1	2	3	4	5

*Anexo 13: Questionário Escala de Estádios de mudança para o exercício***ESCALA DE ESTÁDIOS DE MUDANÇA PARA O EXERCÍCIO**

O Exercício Regular é qualquer actividade física *planeada* (por exemplo, caminhada, aeróbica, jogging, andar de bicicleta, nadar, remar, etc.) realizada com o objectivo de melhorar a aptidão física. Essa actividade deve ser realizada 3 a 5 vezes por semana com a duração de 20-60 minutos por sessão. O exercício não tem de ser doloroso para ser eficaz, mas deve ser feito a uma intensidade que aumente a sua frequência respiratória e provoque suor.

De acordo com esta definição, **faz Exercício Regular?** (Assinale com um X no quadrado a sua situação)

1. Sim, faço há MAIS de 6 meses, mas estou a pensar DEIXAR nos próximos 6 meses ☐
2. Sim, faço há MAIS de 6 meses ☐
3. Sim, faço há MENOS de 6 meses ☐
4. Não, mas pretendo INICIAR nos próximos 30 dias ☐
5. Não, mas pretendo INICIAR nos próximos 6 meses ☐
6. Não, e NÃO pretendo iniciar nos próximos 6 meses ☐

Anexo 14: Questionário WOMAC**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA OSTEOARTROSE NO JOELHO****(Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index-WOMAC VA 3.0)****INSTRUÇÕES AOS PACIENTES**

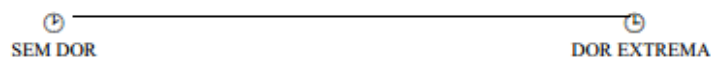
Indique a gravidade da dor, rigidez e incapacidade física provocadas pela artrose, que tem sentido recentemente no joelho.

Atenção, deve responder sempre em relação ao joelho.

Nas secções A, B, e C serão feitas perguntas sobre a sua doença a que deverá responder colocando um "X" no local da linha correspondente à dor que sente.

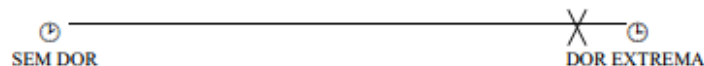
EXEMPLOS:

1. Se colocar o seu "X" à esquerda, isto é,



então está a indicar que não tem dor.

2. Se colocar o seu "X" mais à direita, isto é,



então está a indicar que a sua dor é máxima.

3. Por favor, note que:

- Quanto mais à direita colocar o seu "X" **mais** dor estará a sentir.
- Quanto mais à esquerda colocar o seu "X" **menos** dor estará a sentir.
- Não coloque o seu "X" **fora** da linha.

Número de Identificação

Nome : _____ □□□□

**Secção A****DOR**

Pense na dor que tem sentido recentemente na articulação do joelho devido à sua artrose (assinale, por favor, as suas respostas com um “X” de acordo com a gravidade da dor).

PERGUNTA: Qual é a intensidade da dor que sente?

1. A andar numa superfície plana.

⌚ _____ ⌚
SEM DOR DOR EXTREMA

2. A subir ou a descer escadas.

⌚ _____ ⌚
SEM DOR DOR EXTREMA

3. Durante a noite na cama.

⌚ _____ ⌚
SEM DOR DOR EXTREMA

4. Sentado ou deitado.

⌚ _____ ⌚
SEM DOR DOR EXTREMA

5. Parado em pé.

⌚ _____ ⌚
SEM DOR DOR EXTREMA

Número de Identificação

Nome : _____ □□□□

**Secção B****RIGIDEZ**

Pense na rigidez (não na dor) que tem sentido recentemente na articulação do joelho, devido à sua artrose.

Rigidez é uma sensação de dificuldade em iniciar o movimento da sua articulação (assinale, por favor, as suas respostas com um “X” na linha de acordo com a gravidade da rigidez).

1. Qual o grau de rigidez logo após ter acordado, de manhã?

⌚ _____ ⌚
SEM RIGIDEZ RIGIDEZ EXTREMA

2. Qual o grau de rigidez após Ter estado sentado, deitado, ou em repouso **no fim do dia?**

⌚ _____ ⌚
SEM RIGIDEZ RIGIDEZ EXTREMA

Número de Identificação

Nome : _____ □□□□



Secção C

DIFICULDADES EM DESEMPENHAR AS SUAS ACTIVIDADES DIÁRIAS

Pense na dificuldade que tem sentido recentemente e realizar as seguintes actividades físicas diárias, devido à sua artrose no joelho. Com isto queremos saber qual é a sua **capacidade para se movimentar e cuidar de si** (assinale, por favor, as suas respostas com um “X” na linha de acordo a gravidade da limitação que sente).

PERGUNTA: Que grau de dificuldade é que sente?

1. A descer escadas.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

2. A subir escadas.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

3. A levantar-se depois de estar sentado.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

4. Em manter-se de pé.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

5. Ao dobrar-se para o chão.(agachar-se dobrando os joelhos)

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

6. A andar numa superfície plana.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

7. A entrar ou sair de um carro ou de um autocarro.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

8. A ir às compras.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

Número de Identificação

Nome : _____ □□□□



9. A calçar peúgas / meias.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

10. Levantar-se da cama.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

11. A descalçar as meias peúgas.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

12. Deitado na cama.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

13. A entrar e a sair do banho.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

14. Em permanecer sentado.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

15. A sentar-se ou levantar-se da sanita.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

16. A fazer trabalhos domésticos pesados

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

17. A fazer trabalhos domésticos leves.

⌚ _____ ⌚
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

Número de Identificação

Nome : _____ □□□□

*Anexo 15: Questionário OSWESTRY***ÍNDICE DE OSWESTRY SOBRE INCAPACIDADE (VERSÃO 2.0)**

O questionário que se segue foi feito para nos dar informações de como o seu problema com as costas (ou perna) tem afectado a sua capacidade para viver o dia-a-dia .

Por favor responda a *todas as secções*.

Escolha *apenas o quadrado* em cada secção que melhor o descreve *hoje*.

Secção 1: Intensidade da dor

- ☐ Neste momento não tenho dores
- ☐ A dor é muito ligeira neste momento
- ☐ A dor é moderada neste momento
- ☐ A dor é um bocado forte neste momento
- ☐ A dor é muito forte neste momento
- ☐ A dor é o pior que se possa imaginar neste momento

Secção 2: Cuidados pessoais (lavar, vestir, etc.)

- ☐ Consigo arranjar-me como antes sem ter mais dores
- ☐ Consigo arranjar-me como antes mas tenho muitas dores
- ☐ Tenho muitas dores quando me estou a arranjar e sou muito lento(a) e cuidadoso(a)
- ☐ Preciso de alguma ajuda mas consigo arranjar-me quase todo(a) sozinho(a)
- ☐ Preciso de ajuda todos os dias na maior parte dos meus cuidados pessoais
- ☐ Não me visto, lavo-me com dificuldade, e fico na cama

Secção 3: Levantar pesos

- ☐ Consigo levantar grandes pesos sem ter mais dores
- ☐ Consigo levantar grandes pesos mas tenho mais dores
- ☐ As dores não me deixam levantar grandes pesos do chão mas já consigo fazê-lo se estiverem num sítio que dê jeito, por exemplo, em cima duma mesa
- ☐ As dores não me deixam levantar grandes pesos mas consigo levantar pesos leves ou médios se estiverem num sítio que dê jeito
- ☐ Só consigo levantar pesos muito leves
- ☐ Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada

Secção 4: Andar

- ☐ As dores não me impedem de andar qualquer distância
- ☐ As dores não me deixam andar mais de 1,5 km
- ☐ As dores não me deixam andar mais de 500 m
- ☐ As dores não me deixam andar mais de 100 m
- ☐ Só consigo andar com uma bengala ou com canadianas
- ☐ Estou na cama a maior parte do tempo e tenho que me arrastar para ir a casa de banho

Secção 5: Estar sentado/a

- ☐ Consigo estar sentado/a em qualquer cadeira o tempo que eu quiser
- ☐ Consigo estar sentado/a na minha cadeira preferida o tempo que eu quiser
- ☐ As dores não me deixam estar sentado/a mais de uma hora
- ☐ As dores não me deixam estar sentado/a mais de meia hora
- ☐ As dores não me deixam estar sentado/a mais de 10 minutos
- ☐ As dores não me deixam estar sentado/a

Secção 6: Estar de pé

- ☐ Consigo estar de pé o tempo que eu quiser sem ter mais dores
- ☐ Consigo estar de pé o tempo que eu quiser mas tenho mais dores
- ☐ As dores não me deixam estar de pé mais de uma hora
- ☐ As dores não me deixam estar de pé mais de meia hora
- ☐ As dores não me deixam estar de pé mais de 10 minutos
- ☐ As dores não me deixam estar de pé

Secção 7: Dormir

- ☐ O meu sono nunca é perturbado pelas dores
- ☐ O meu sono é ocasionalmente perturbado pelas dores
- ☐ Por causa das dores durmo menos de 6 horas
- ☐ Por causa das dores durmo menos de 4 horas
- ☐ Por causa das dores durmo menos de 2 horas
- ☐ As dores não me deixam dormir

Secção 8: Vida sexual (se se aplicar)

- ☐ A minha vida sexual é normal e não me causa mais dores
- ☐ A minha vida sexual é normal mas causa-me mais dores
- ☐ A minha vida sexual é quase normal mas causa-me muitas dores
- ☐ A minha vida sexual é limitada pelas dores
- ☐ Quase não tenho vida sexual por causa das dores
- ☐ As dores não me deixam ter uma vida sexual

Secção 9: Vida social

- ☐ A minha vida social é normal e não me causa mais dores
- ☐ A minha vida social é normal mas aumenta a intensidade das dores
- ☐ As dores não têm grande influência na minha vida social para além de limitarem as minhas actividades mais exigentes, por exemplo, desporto, etc
- ☐ As dores limitaram a minha vida social e eu já não saio tanto
- ☐ As dores confinaram a minha vida social à minha casa
- ☐ Não tenho vida social por causa das dores

Secção 10: Viajar

- ☐ Consigo viajar para qualquer lado sem dores
- ☐ Consigo viajar para qualquer lado mas causa-me mais dores
- ☐ As dores incomodam-me mas consigo fazer viagens de mais de 2 horas
- ☐ As dores não me deixam fazer viagens de mais de 1 hora
- ☐ As dores restringem-me a viagens necessárias e curtas, de menos de 30 minutos
- ☐ As dores não me deixam viajar a não ser para fazer tratamento

**AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO E O TEMPO QUE NOS CONCEDEU
AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO**

*Anexo 16: Questionário BASDAI***ÍNDICE DE ACTIVIDADE DE BATH PARA A ESPONDILITE ANQUILOSANTE
(BASDAI)**

FAÇA UM TRAÇO EM CADA UMA DAS LINHAS QUE SE SEGUEM PARA INDICAR A SUA
RESPOSTA A CADA PERGUNTA, RELATIVAMENTE À ÚLTIMA SEMANA

- 1 Como descreveria, em geral, a **fadiga / o cansaço** que tem sentido?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

- 2 Como descreveria, em geral, a dor que tem tido no **pescoço, nas costas ou na anca**,
devido à doença?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

- 3 Como descreveria, em geral, a dor / o inchaço que tem tido nas articulações, com
excepção do **pescoço, das costas e da anca**?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

- 4 Como descreveria, em geral, o **desconforto** sentido quando toca ou carrega em zonas
que doem?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

- 5 Como descreveria, em geral, a intensidade da **rigidez matinal** que tem tido **desde
que acorda**?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

- 6 Quanto tempo dura a rigidez matinal desde que acorda?

0 horas |-----| 2 ou mais horas
 1/2 1 1 1/2

© 1994 Garrett S, Jenkinson, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in
ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994, 21 (12) 2286-2291.
© 2007 Versão Portuguesa BASDAI. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

*Anexo 17: Questionário FIQ***The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – Portuguese Version****FIQR-P****Apelido:****Nome:****Idade:****Duração dos sintomas da FM (anos):** _____**Há quanto tempo foi a FM diagnosticada pela primeira vez (anos):** _____

Instruções: Para cada uma das 9 perguntas seguintes, marque a caixa que melhor indica o quanto a sua Fibromialgia dificultou a execução das seguintes actividades durante os últimos 7 dias. Se não desempenhou uma das actividades nos últimos 7 dias, considere o nível de dificuldade para a última vez que realizou a actividade. Se não consegue realizar uma determinada actividade, assinale a última caixa.

Escovar ou pentear o cabelo	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Andar, sem parar, durante 20 minutos	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Preparar uma refeição caseira	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Aspirar, lavar ou varrer o chão	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Levantar e carregar um saco cheio de compras	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Subir um lance de escadas	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Mudar os lençóis da cama	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Sentar-se numa cadeira durante 45 minutos	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Ir às compras	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil

Sub-total (apenas para uso interno)☐

Instruções: Para cada uma das 2 perguntas seguintes, marque a caixa que melhor descreve o impacto geral da sua Fibromialgia durante os últimos 7 dias.

A Fibromialgia impediu-me de alcançar os objectivos definidos para a semana	Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sempre
Estava completamente dominado pelos meus sintomas da Fibromialgia	Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sempre

Sub-total (apenas para uso interno)☐

The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – Portuguese Version

Instruções: Para cada uma das seguintes 10 questões, marque a caixa que melhor indica a intensidade destes sintomas comuns da Fibromialgia durante os últimos 7 dias

Por favor classifique o seu nível de dor	Sem Dor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dor Insuportável
Por favor classifique o seu nível de energia	Muita Energia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sem Energia
Por favor classifique o seu nível de rigidez	Sem Rigidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita Rigidez
Por favor classifique a qualidade do seu sono	Bem repousado ao acordar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito cansado ao acordar
Por favor classifique o seu nível de depressão	Sem Depressão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito deprimido
Por favor classifique o seu nível de problemas com a memória	Boa Memória	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Memória muito fraca
Por favor classifique o seu nível de ansiedade	Sem Ansiedade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito Ansioso
Por favor classifique o seu nível de sensibilidade ao toque	Sem Sensibilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito Sensível
Por favor classifique o seu nível de problemas de equilíbrio	Nenhum desequilíbrio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desequilíbrio grave
Por favor classifique o seu nível de sensibilidade a ruídos altos, luzes brilhantes, cheiros e frio.	Sem Sensibilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sensibilidade Extrema

Sub-total (apenas para uso interno)

FIQR-P TOTAL (apenas para uso interno)